



SAÚDE NO BRASIL

PROVOCAÇÕES E REFLEXÕES

José Aristodemo Pinotti

Saúde no Brasil: provocações e reflexões

José Aristodemo Pinotti

Brasília – 2020

© 2020 – Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass)

É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citadas a fonte e a autoria. É proibida a comercialização.

Saúde no Brasil: provocações e reflexões

Tiragem: 1.200 exemplares

Brasília, fevereiro de 2020

As opiniões emitidas na presente publicação são da exclusiva responsabilidade do autor, sem representar posicionamentos oficiais do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass).

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP) (eDOC BRASIL, Belo Horizonte/MG)	
P657s	Pinotti, José Aristodemo. Saúde no Brasil: provocações e reflexões / José Aristodemo Pinotti; organizadores Alethele de Oliveira Santos, José Sarney, Marianne Pinotti. – Brasília, DF: CONASS, 2019. 21 x 27 cm
	Inclui bibliografia ISBN 978-85-8071-060-1
	1. Atenção à Saúde. 2. Gestão em Saúde. 3. Poder legislativo. 4. Saúde – Brasil. 5. Sistema Único de Saúde (Brasil). I. Título. CDD 362.11
Elaborado por Maurício Amormino Júnior – CRB6/2422	

SECRETÁRIOS DE ESTADO DA SAÚDE

AC	Mônica Feres Kanaan Machado	PB	Geraldo Antônio de Macedo
AL	Alexandre Ayres	PE	André Longo
AM	Rodrigo Tobias de Souza Lima	PI	Florentino Alves Veras Neto
AP	João Bittencourt da Silva	PR	Beto Preto
BA	Fábio Vilas Boas	RJ	Edmar Santos
CE	Carlos Roberto Martins Rodrigues Sobrinho	RN	Cipriano Maia
DF	Osnei Okumoto	RO	Fernando Rodrigues Máximo
ES	Nésio Fernandes de Medeiros Júnior	RR	Cecília Smith Lorezom
GO	Ismael Alexandrino Júnior	RS	Arita Gilda Hübner Bergmann
MA	Carlos Eduardo de Oliveira Lula	SC	Helton de Souza Zeferino
MG	Carlos Eduardo Amaral Pereira da Silva	SE	Valberto de Oliveira Lima
MS	Geraldo Resende	SP	José Henrique Germann Ferreira
MT	Gilberto Figueiredo	TO	Luiz Edgar Leão Tolini
PA	Alberto Beltrame		

DIRETORIA DO CONASS 2019/2020

PRESIDENTE

Alberto Beltrame (PA)

VICE-PRESIDENTES

Região Centro-Oeste

Geraldo Resende (MS)

Região Nordeste

Carlos Eduardo de Oliveira Lula (MA)

Região Norte

Fernando Rodrigues Máximo (RO)

Região Sudeste

Nésio Fernandes de Medeiros Júnior (ES)

Região Sul

Beto Preto (PR)

EQUIPE TÉCNICA DO CONASS

SECRETÁRIO EXECUTIVO

Jurandi Frutuoso Silva

COORDENAÇÃO TÉCNICA E ASSESSORIA DE RELAÇÕES INTERNACIONAIS

Fernando P. Cupertino de Barros

COORDENAÇÃO DE ADMINISTRAÇÃO E FINANÇAS

Antônio Carlos Rosa de Oliveira Junior

COORDENAÇÃO DE DESENVOLVIMENTO INSTITUCIONAL

Ricardo F. Scotti

ASSESSORIA JURÍDICA

Alethele de Oliveira Santos

ASSESSORIA PARLAMENTAR

Leonardo Moura Vilela

ASSESSORIA DE COMUNICAÇÃO SOCIAL

Adriane Cruz

Marcus Carvalho

Tatiana Rosa

ASSESSORIA TÉCNICA

Carla Ulhoa André

Eliana Maria Ribeiro Dourado

Fernando Avendanho

Fernando P. Cupertino de Barros

Haroldo Jorge de Carvalho Pontes

Heber Dobis Bernarde

Lourdes Lemos Almeida

Maria José Evangelista

Nereu Henrique Mansano

René José Moreira dos Santos

Tereza Cristina Lins Amaral

Viviane Rocha de Luiz

CONSELHO EDITORIAL

Alethele de Oliveira Santos

Adriane Cruz

Fernando P. Cupertino de Barros

Jurandi Frutuoso Silva

Marcus Carvalho

René José Moreira dos Santos

Tatiana Rosa

ELABORAÇÃO

ORGANIZAÇÃO

Alethele de Oliveira Santos
José Sarney
Marianne Pinotti

COLABORAÇÃO

André Pinotti
Aníbal Faúndes
Elizena Rossy
Núbia Welerson Vieira
Suely Pinotti
Simon Widman
Ubiratan D'Ambrósio

REVISÃO TÉCNICA

Alethele de Oliveira Santos
Marianne Pinotti

REVISÃO GRAMATICAL

Aurora Verso e Prosa

EDIÇÃO

Marcus Vinícius de Carvalho

CAPA

André Pinotti

PROJETO GRÁFICO E DIAGRAMAÇÃO

Marcus Vinícius de Carvalho

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	11
CONTEXTUALIZAÇÃO	13
SOBRE O LIVRO	17
PREFÁCIO	19
PALAVRAS INICIAIS	21
CAPÍTULO 1 – POLÍTICA DE SAÚDE	27
1.1 Um olhar retrospectivo sobre a saúde brasileira	27
1.1.1 Um período rico em mudanças	27
1.1.2 A Retroação	29
1.1.3 A Saúde hoje	31
1.1.4 É possível mudar	32
1.2 Focalização: conceito enganoso e prática perversa	33
A – Conservadores	34
B – Liberais	34
C – Socialistas-Democráticos	35
1.3 Privatização e seus graves defeitos	37
1.4 Planos de Saúde	38
1.5 O crime do ressarcimento	44
1.6 Prevenção com modernidade	48
1.7 Modernização científico-tecnológica e qualidade de vida	57
1.8 A saúde e seus paradigmas de inovação	61
1.9 Proposições emergenciais em saúde	65
1.10 Um resumo triste: o estrago da contrarreforma	66
CAPÍTULO 2 – RECURSOS HUMANOS	69
2.1 Recursos Humanos na Saúde	70
2.2 A formação do médico – A experiência da Unicamp – A proliferação de faculdades e o exame de proficiência (‘de Estado’)	72
2.2.1 A Educação Médica Inserida no Contexto do País e a Escola Nova	72
2.2.2 Sistema de Saúde e Sistema de Ensino	74
2.2.3 Aspirações do médico e necessidades de saúde do País	75
2.2.4 O Professor de Medicina e as Tentativas de Mudança	76
2.2.5 O Ensino por Objetivos Inserido na Rede de Saúde	76
I – Comissões Curriculares	76
II – O Ensino inserido no serviço	77
III – Definição de Objetivos Educacionais	78
IV – Integração com o Sistema de Saúde Local	79
V – Pesquisa Operacional e com Conotação Social	79
2.2.6 Novas Faculdades de Medicina	80

2.3 O Papel da Universidade no processo de formação humanística	83
2.4 Sucateamento dos Hospitais Universitários	92
2.5 Autonomia Universitária: distorção na escolha dos seus dirigentes	94
CAPÍTULO 3 – A SAÚDE NOS MUNICÍPIOS	97
3.1 Unificação e descentralização como pressupostos básicos no Sistema de Saúde	97
3.2 Sistema Municipal de Saúde: Modernidade e Dificuldades	99
CAPÍTULO 4 – SAÚDE DA MULHER.	105
4.1 Os primórdios do Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (Paism): entre Bucarest (1974) e México (1984)	106
4.1.1 O intervencionismo ao longo da década	107
4.1.2 O declínio da fertilidade no Brasil	108
4.1.3 Distorções do planejamento familiar no Brasil	109
4.1.4 Uma proposta de solução	111
4.1.5 A nova posição brasileira	112
4.2 A experiência do Hospital Pérola Byington	113
4.3 Violência sexual no Brasil: um modelo de atenção a ser implantado	119
4.3.1 Antecedentes	123
4.3.2 Justificativa	125
4.3.3 Objetivos	126
4.3.4 Organização das ações	127
A – Acolhimento como marco da humanização	127
B – Ações interdisciplinares	127
C – Fluxos de atendimento	127
D – Cuidados sociais	128
E – Atenção psicológica	128
F – Prevenção das DST não virais e da hepatite B	129
G – Prevenção da infecção pelo HIV	129
H – Anticoncepção de emergência	130
I – Abortamento previsto em lei	132
4.3.5 Resultados principais	134
Acesso ao Programa AVS	134
Impacto da anticoncepção de emergência	134
Efetivação do direito ao abortamento previsto em lei	134
Prevenção das DST	135
Atuando sobre a infecção pelo HIV	135
Impactos sociais	136
Redução dos Danos Emocionais	136
Repercussões econômicas e para o sistema de saúde	136
Colaboração com o Poder Judiciário e Secretaria de Segurança Pública	137
Ensino e Pesquisa	137
4.3.6 Considerações Finais	137

4.4 Descriminalização do aborto e a questão do feto anencéfalo	138
4.4.1 Descriminalização do aborto	138
Questões fundamentais	141
4.4.2 A questão do feto anencéfalo	144
A – A posição da mulher	144
B – Aborto provocado	145
C – O planejamento familiar	148
D – As possíveis soluções	149
E – A questão das anomalias fetais	150
F – A Lei nos diversos países	152
G – A lei no Brasil	153
H – Um esboço de discussão ética	154
I – A Anencefalia	157
I.1 – Etiologia da anencefalia	157
J – Ácido fólico como causa dos Defeitos no Tubo Neuronal (DTN)	158
Tentativas de prevenção da anencefalia	159
Diagnóstico da anencefalia	160
Síntese	161
4.5 Mortalidade Infantil e materna: diminuições inerciais e caminhos reais	161
CAPÍTULO 5 – APARELHO DE SAÚDE/MEDICAMENTOS	165
5.1 Aparelhos de Saúde, Insumos e Medicamentos –	
A história dos Genéricos e da Lei das Patentes	165
5.1.1 Equipamentos	165
5.2 Medicamentos	168
5.2.1 Judicialização e dispensação de medicamentos	172
5.2.2 Dispensação de medicamentos	175
5.3 Tecnologia apropriada em saúde	176
CAPÍTULO 6 – O RISCO DE FAZER: ENTRE GOETHE E O	
POLÍTICAMENTE CORRETO.	183
REFERÊNCIAS.	191

APRESENTAÇÃO

Alberto Beltrame
Presidente do Conass

O Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) foi criado, em 1982, por Adib Jatene, notável médico e gestor público. Sua intenção era que os posicionamentos técnicos e políticos dos gestores estaduais fossem fortalecidos a partir da agregação dos diferentes saberes e da troca de experiências. A estratégia mostrou-se adequada, levando o Conass a integrar o que viria a ser o Sistema Único de Saúde (SUS), na representação da gestão estadual do sistema público de saúde.

Nas mais de três décadas de sua existência, o Conass coleciona a participação de gestores de memorável formulação técnica e compromisso com o sistema público de saúde, revelados pelos esforços contínuos em tornar o SUS técnica e financeiramente sustentável, além de socialmente compreendido e defendido.

Nessa esteira é que nos foi desvelada a oportunidade de apresentar o livro escrito pelo ex-secretário de saúde do estado de São Paulo, Dr. José Aristodemo Pinotti, médico, gestor e professor universitário, falecido em 2009. É um livro em primeira pessoa, cuja narrativa desperta diferentes emoções e para o qual o adjetivo ‘visceral’ aplica-se muito bem.

Neste livro, o Dr. Pinotti revela suas impressões sobre o sistema de saúde em sua (in) completude. Discorre sobre a organização do SUS desde seu nascedouro, expõe as agruras vividas pelos gestores públicos, reforça a necessária interface com o sistema de ensino, distingue as especificidades da saúde da mulher e, principalmente, apresenta as relações do SUS com o Congresso Nacional, do qual foi integrante e viveu os bastidores.

O livro chegou ao Conass pelas mãos do ex-presidente José Sarney, que, conhecendo seu conteúdo e sua inegável relação com os interesses da gestão estadual do SUS, sugeriu-nos avaliar a possibilidade de publicação. É um livro que, segundo Marianne Pinotti, foi motivador para seu pai:

Ele escreveu e publicou sobre saúde pública desde que foi secretário de saúde de estado, entre 1987-1991. Mas a construção dos programas e dos textos, imagino, levou quase 30 anos. Ele viveu intensamente organizando o livro em seu último ano, de julho de 2008, até seu falecimento, em julho 2009.

Com a permissão da família Pinotti, a quem de pronto agradecemos, foram tomadas as iniciativas de adequação do livro aos formatos que ora apresenta.

Nossa pretensão é que a leitura seja capaz de influenciar o leitor a perceber que a escrita do ‘Professor Pinotti’ apresenta a doutrina e a prática, seus estudos e sua experiência, em uma relação responsável entre as melhores evidências e o ‘fazer’.

Pretendemos que o leitor compreenda o presente o livro como uma obra iniciada pelo Dr. Pinotti e que, propositadamente, não foi encerrada, de modo a imbricar a todos nós na construção ininterrupta do SUS. Sugerimos que seja entendido como um relato sobre um sistema público de saúde em formação e em constante luta para sobreviver e se aperfeiçoar.

O livro é uma conversa entre o autor e cada um de seus leitores. É um convite para rememorar o passado e fundamentar a avaliação dos progressos e dos desafios que o SUS nos impõe.

Boa leitura!

CONTEXTUALIZAÇÃO

José Sarney

Presidente da República Federativa do Brasil – 1985/1990

Este livro é um pequeno pedaço da grandeza do espírito público que permeava toda a vida e suas realizações, exercidas com grande humildade e saber extraordinário, como professor, político e um dos maiores nomes da História da medicina brasileira: José Aristodemo Pinotti.

Personalidade abrangente e multifacetária, era como exercia a medicina, o magistério, a política — que nele eram uma extensão do saber, com especial atenção à saúde da mulher. Era um mago cirurgião e um excepcional médico, humano e sábio.

É com emoção que escrevo sobre ele, meu amigo e a quem devo a vida de minha filha, Roseana, tantas vezes em suas mãos e seu carinho. E hoje o revejo em sua filha, Marianne, que o seguiu como grande médica.

O Doutor Pinotti nasceu e viveu para a Medicina. Especializado em ginecologia, obstetrícia, pediatria, cirurgia, foi, desde sempre, um médico que examinava o paciente em todos os aspectos, conhecendo o conjunto de seus problemas de saúde e identificando, e estabelecendo uma profunda empatia, com sua personalidade e sua alma. Era um homem com o dom da bondade humana.

Seus mais de 1.800 trabalhos científicos, seus 82 livros e seus títulos de doutor honoris causa em importantes universidades estrangeiras deixaram um registro de seu enorme conhecimento científico.

Doutor Pinotti estudou profundamente os problemas de saúde feminina, e foi um intransigente defensor das mulheres, tanto em questões de saúde como em sua inserção social. Suas iniciativas pioneiras do Centro de Assistência Integral à Saúde da Mulher — Caism e do Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher — Paism precisam ser analisadas e seguidas para que se evite o drama atual que coloca sobre as mulheres o peso adicional da precariedade da saúde.

Este livro é o depoimento de alguém que conhece profundamente o que trata. É uma obra maior, que deve servir para uma profunda reflexão a todos os responsáveis pela saúde no Brasil. Ela ultrapassa seu tempo, pois, hoje, dez anos depois de sua morte, é tão atual como quando foi escrita, e amanhã, mesmo que o diagnóstico de nosso sistema de saúde por ele traçado venha a ser — como todos certamente desejamos — superado, ficará como um tratado de soluções, como obra histórica e fundamental. Por outro lado, para que isso aconteça, não há outro caminho que não seja o que Pinotti recomendava e que, neste livro tão vivo e atual, podemos dizer que recomenda.

O ponto central do livro é a necessidade de examinar as causas do fracasso do SUS e as ações necessárias para corrigi-lo, pois, ao contrário do espírito da Constituição — que

no art. 196 declara que “A saúde é direito de todos e dever do Estado” —, é vítima do atendimento privado com seu custo elevadíssimo ou da incapacidade de receber a devida atenção do sistema de saúde pública.

Desde a apresentação, Pinotti chama a atenção:

Apesar disso, a força do neoliberalismo de plantão, para o arrepio da Constituição, conseguiu privatizar 30% do sistema público com os planos de saúde e, ilegalmente, boa parte dele por meio das terceirizações e outras práticas dos mais diversos tipos, criando hoje um sistema dicotomizado, caro, ineficiente, com resultados ruins em termos de morbimortalidade, acesso, acolhimento e direitos do cidadão.

Doutor Pinotti acreditava ser possível “consertar” o SUS, garantindo um sistema de saúde que assegurasse equidade de acesso e bons resultados para a saúde da população. Os resultados nada têm a ver com regimes políticos, pois acontecem, por exemplo, em países tão díspares como Inglaterra, Canadá, Cuba e China. A saúde, de qualquer forma, custa caro — e os nossos impostos elevados já se destinam a pagá-la — e é complexa. Todavia, a única saída possível é pelo sistema público, que precisa ser organizado, aprimorado e ampliado.

Recusava o paradoxo de que, com um poder aquisitivo muito menor que o dos principais países europeus, tenhamos um sistema de saúde muito mais privatizado do que eles. E protestava contra que fosse ineficiente, precário, inacessível e com maus resultados, e isso parecesse normal, como se os que só têm acesso ao SUS gozassem de favor, e não do exercício de um direito.

E seguia:

Há um parasitismo consentido do privado sobre o público; falta de controle social decorrente, entre outras razões, do excesso de centralização e de falta de politização do usuário e frequente uso político da saúde em vez da construção de uma ‘Política de Saúde’ submetida aos reais interesses – e necessidades – de saúde da população.

Alertava sobre como na saúde preventiva nosso modelo é excludente e sem concretude, apenas discurso. É preciso integrar prevenção e tratamento em ações simultâneas e em mesma localização. Confundimos detecção com prevenção e precisamos fazer que esta seja uma continuação da atenção primária.

Sua denúncia do nosso sistema misto, apoiado nos planos de saúde, é rigorosa. Considera que os usuários e os trabalhadores de saúde — inclusive os médicos — são enganados e prejudicados. Vende-se uma ilusão de que os planos de saúde garantem um atendimento melhor do que o do SUS, e, ao retirar a classe média deste, retira-se também o controle social que poderia garantir seu aperfeiçoamento e impedir, pela crítica, sua deterioração.

Doutor Pinotti expõe com clareza esses problemas. Trata primeiro do grande avanço que ocorreu em meu governo, com a implantação do Sude e, depois, do SUS. Mostra os resultados positivos, que rapidamente foram alcançados, mas também como, infelizmente, houve em seguida uma reversão do processo. Os municípios passaram de gestores a prestadores de serviços; os prestadores privados assenhoraram-se dos recursos existentes, e o antigo Inamps passou a centralizar e inviabilizar o sistema.

Chama a atenção sobre nossos resultados, inaceitáveis, se comparados ao resto do mundo e mesmo à América Latina. Lembra que o sistema de saúde se tornou uma colcha de retalhos.

Ataca o modelo híbrido que adotamos:

O modelo de alta complexidade hospitalocêntrico e medicocêntrico americano não nos serve. Eles são os que mais gastam no mundo — US\$ 7.000 por habitantes/ano — mas têm a 27ª mortalidade infantil. Nós gastamos apenas US\$ 300 por habitante/ano e mesmo que multiplicássemos por 10, não chegaríamos perto. Por outro lado, existem países que gastam menos do que nós e têm melhores resultados. Isso confirma que nosso principal problema é claramente o modelo de atenção.

Suas críticas aos planos de saúde, aos critérios da ANS, à usurpação que é a inefetividade do ressarcimento dos serviços prestados àqueles pelo sistema público, ao desaparecimento dos planos individuais para burlar as regras frouxas de coberturas obrigatórias são fortes. Espanta-se, e nos espanta, com a desobediência de uns e outros aos Acórdãos do TCU.

Examina o risco de, na prevenção, usar-se modelos inadequados aos problemas nacionais e lembra da necessidade da integração real do sistema de saúde, diante da ameaça de separação entre prevenção e detecção, de um lado, e tratamento, de outro.

Doutor Pinotti não fica apenas no diagnóstico sombrio. Ele avança na solução, traçando princípios fundamentais: a unificação do sistema de saúde; a descentralização do gerenciamento; Programação e Orçamento Integradas; financiamento próprio; delegação de funções; integração de ações; referência e contrarreferência organizadas; porta de entrada.

O livro trata também dos problemas dos recursos humanos, especialmente a formação do médico e dos profissionais de saúde. Sua longa experiência acadêmica e sua visão humana o qualificavam altamente para isso, e seus comentários são profundos e abrangentes.

Ninguém, em nosso país, conhecia como ele a questão da saúde da mulher. Assim, este livro dedica um espaço importante à análise de resultados de projetos internacionais, como o Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher — País, ao problema do declínio da fertilidade no Brasil, às distorções do planejamento familiar, à mortalidade infantil; e narra a experiência que conduziu no hospital Pérola Byington. Em outra frente, analisou o problema da violência sexual em nosso país, tão grave e tão difícil de ser abordado e resolvido; e do aborto, em suas diversas e complexas situações médicas e éticas.

A penúltima parte do livro é dedicada aos aparelhos de saúde, aos insumos e aos medicamentos. A conclusão é um testemunho pessoal sobre "o risco de fazer". Aí conta ele sua rica experiência de administrador da saúde em seu estado, São Paulo, sua vivência extraordinária de quem construiu e fez o bem, de quem soube transferir sua experiência profissional em proveito de toda a sociedade.

Completa, assim, o retrato da saúde no Brasil, dando o seu diagnóstico e estabelecendo um tratamento compatíveis com sua enorme responsabilidade, a um só tempo, como médico e como homem público, faces que nele não se contrapunham, mas se complementavam. Esse depoimento, como disse, não perdeu em nada sua atualidade. É que nele o homem alcança aquela estatura que passa além da vida.

No poema criador da pátria de seus pais, a Divina Comédia, Dante ouve de São Tomás de Aquino, por duas vezes, o mesmo verso, referindo-se a São Domingos: "*u' ben s'impingua se non se vaneggia*" ("nutre bem quem não falte à chamada", na tradução de Italo Eugenio Mauro). Meu querido amigo José Aristodemo Pinotti não faltou à chamada de sua gente e de seu País, e hoje, sem dúvida, anda nos últimos círculos do Paraíso.

SOBRE O LIVRO

Ubiratan D'Ambrósio

Professor emérito de Matemática da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP) e Fundador do Centre International de Recherches et Études Transdisciplinaires (CIRET)

Quando retornei ao Brasil, em 1972, e assumi a direção do Instituto de Matemática e Ciências da Computação da Universidade Estadual de Campinas (Unicamp), conheci José Aristodemo Pinotti, então diretor da Faculdade de Medicina. Imediatamente formou-se uma afinidade pessoal e intelectual, que seria responsável pelo início de uma grande amizade e que perdurou até sua morte.

Pude acompanhar a evolução das ideias e das ações relatadas neste seu livro de memórias. A publicação póstuma desta obra, inicialmente organizada e editada por sua esposa Suely e pelos filhos Marianne e André, é uma importante contribuição ao mundo acadêmico e político.

Sinto-me à vontade para comentar a segunda parte destas memórias, que se referem, sobretudo, à sua vida profissional e acadêmica. Como colegas na Unicamp, conversamos muito sobre sua pesquisa acadêmica e suas publicações.

Pinotti via a associação da pesquisa acadêmica, acompanhando o avanço da área em vários países, com a formação de novas gerações de médicos.

Teoria e prática são indissociáveis, e a inclusão de outras disciplinas na reflexão e na ação teórica e prática de especialistas era uma característica da sua visão das disciplinas. Daí sua grande inovação no mundo acadêmico quando, como reitor da Unicamp, propôs a criação dos Núcleos Interdisciplinares de Pesquisa, pioneiros nas universidades brasileiras.

Ao mesmo tempo, Pinotti dedicava muita atenção à responsabilidade moral do médico com a saúde da população, com uma conceituação profunda do que é e como abordar a saúde pública. Suas análises sobre o panorama da saúde pública no Brasil e estudos comparativos com outros países continuam sendo reflexões muito atuais.

Posteriormente, como professor titular da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (USP), continuou suas atividades de docência e de pesquisa. Como secretário estadual da Educação e, posteriormente, como secretário estadual de Saúde de São Paulo, pôde pôr em prática muitas das suas ideias sobre Saúde Pública.

Nestas memórias, está sintetizado o pensamento de um destacado oncologista, com reconhecimento nacional e internacional, com especial atenção para a saúde da mulher, para a saúde pública e para a formação de profissionais na área da saúde.

Embora não estando nesta coletânea, não posso deixar de lembrar a atuação de Pinotti no movimento pela paz e desarmamento mundial, tendo sido um participante ativo

do Movimento Pugwash¹ e responsável pela organização da 35ª Conferência Anual, em Campinas, em 1985.

A primeira parte do livro refere-se à sua atuação política. Foi eleito deputado federal para três mandatos: em 1995, em 2003 e em 2007. Sua atuação na Câmara dos Deputados foi intensa, tendo apresentado inúmeros projetos de lei, principalmente focalizando a área da saúde pública, muitos dos quais foram transformados em leis. O teor desses projetos, que constituem a primeira parte deste livro de memórias, reflete a coerência da atuação política de um acadêmico de prestígio e pensador profundo sobre o contexto social do País.

A leitura deste livro e a honra que me foi concedida para escrever estes comentários de apresentação levaram-me a relembrar, emocionado, momentos importantes passados com Pinotti. No ambiente acadêmico, na Secretaria da Saúde e em inúmeros eventos nacionais e internacionais dos quais participamos, nossa convivência, sempre franca e construtiva, é inesquecível.

1. Conferências Pugwash sobre Ciência e Negócios Mundiais: organização internacional que congrega professores e personalidades públicas, cuja finalidade é procurar soluções a segurança global, em especial para reduzir a ameaça de conflitos armados, que recebeu o Prêmio Nobel da Paz em 1995.

PREFÁCIO

Anibal Faúndes

Professor Emérito da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP)

Quem conheceu o médico, administrador, pesquisador e político José Aristodemo Pinotti vai encontrá-lo perfeitamente retratado em cada página deste livro.

Curioso, sensível à situação precária dos menos privilegiados, inflexível ante as injustiças, determinado a executar seus planos para corrigir distorções e oferecer melhores serviços de saúde aos mais necessitados, corajoso para enfrentar resistências de poderosos, cujos interesses políticos ou econômicos eram afetados por suas iniciativas. Sentia-se apoiado pela certeza de estar ajudando e protegendo os que não têm capacidade de defender seus direitos.

Desde o início de sua vida profissional, conseguiu reunir uma prática médica impecavelmente compatível com a vida universitária. Inicialmente, como docente, porém, por sua excepcional capacidade de administrar, foi empurrado para assumir funções na Universidade Estadual de Campinas (Unicamp), começando pela chefia do Departamento de Ginecologia e Obstetrícia da Faculdade de Ciências Médicas, logo como Diretor da Faculdade de Ciências Médicas, até ser eleito Reitor dessa mesma Universidade.

Como Reitor, mostrou uma característica muito pessoal: identificar um problema, tomar a decisão de resolvê-lo e executar suas ideias de solução, utilizando formas inovadoras que permitiram fazer o que parecia impossível. Havia um enorme *deficit* de espaço físico para as diferentes Faculdades e Institutos da Universidade, que se alastrava por anos. Aparentemente, não havia recursos.

Simplemente, consultou os docentes da área de Engenharia sobre a possibilidade de projetarem espaços que fossem adequados, mas econômicos. Criaram, então, um modelo simples e adaptável de construção de três andares, com custo mínimo, utilizando principalmente os recursos humanos da própria Universidade, dessa forma, conseguiu duplicar a superfície construída da Instituição em um período curto.

Quando teve a ideia de criar o Centro de Assistência Integral à Saúde da Mulher (Caism), foi duramente criticado; e foi por sua coragem e capacidade executiva que terminou sendo criado e alojado em uma adaptação do modelo de construção, projetado na sua administração. Pouco tempo depois, os mesmos que o criticaram verificaram que era uma excelente ideia; e surgiram então o Gastrocentro e o Hemocentro.

Quase desde o início de sua vida na Unicamp, vindo da USP junto com seu primeiro mestre, Professor Bussâmara Neme, percebeu que as mulheres que solicitavam serviços de saúde eram vistas como se não fossem uma única pessoa. Um dia deveriam ir à consulta para fazer um Papanicolaou, outro para fazer o pré-natal, outro por uma dor na mama etc. Sua reação foi criar o conceito de assistência integral à saúde da mulher, em um atendi-

mento simplificado, sem necessidade de especialistas, mas com protocolos bem definidos e realizados no Hospital, como se fosse um atendimento de nível primário.

Que conceitos tão simples, lógicos e práticos, que facilitam a vida das pacientes, não sejam adotados pelas autoridades de saúde, justificam sua crítica, repetida no livro, às políticas de saúde adotadas pelas autoridades federais e estaduais. Essas autoridades parecem estar mais orientadas por interesses políticos ou econômicos de grupos de influência diante de cada governo, e não pela solução dos problemas de saúde da população mais desfavorecida. Suas críticas, longe de vazias, estão baseadas em sua longa e rica experiência prática. Todas as suas novas iniciativas na atenção à saúde sempre foram cuidadosamente avaliadas, tanto para verificar se obtinha os resultados almejados quanto para corrigir oportunamente eventuais erros da proposta em execução.

O livro que o leitor está a ponto de ler esclarece, de maneira simples e amena, o pensamento de Pinotti, atualmente com maior validade do que nunca.

PALAVRAS INICIAIS

José Aristodemo Pinotti

Meu primeiro contato com Aldous Huxley (1894-1963) foi um encontro casual, nas estantes abundantes e anárquicas de minha mãe, com seu livro pouco conhecido Retorno ao Admirável Mundo Novo, de 1957. Ao lê-lo, senti-me impulsionado a ler a sua obra de 1932 e a ler também 1984, de George Orwell, que passei a considerar leituras indispensáveis para quem quiser entender o século XX.

Sem qualquer comparação da autoria, mas com alguma similitude na estratégia, nos anos 1970, escrevi um pequeno livro chamado Diagnóstico da Saúde, que ainda está vivo, pois, além de a propedêutica ter sido correta, o paciente "Saúde" continua com a maioria das mesmas doenças.

Após 30 anos de tentativas terapêuticas, obriga-me – passando o bastão do meu plantão nessa área – a escrever um segundo livro, acentuando algumas críticas, agora regadas por uma experiência mais vivida, com reflexões, aprofundando o conhecimento de alguns sintomas e de algumas iatrogenias do nosso combatido e confuso sistema, quase perfeito na Constituição, mas que, na prática, é uma caricatura grosseira daquele texto.

Essa distância me faz lembrar uma das últimas conversas que tive com Norberto Bobbio (1909-2004), quando me queixava do abismo entre as leis e suas práticas. Sua resposta me aliviou: "Meu caro, a história requer paciência, e a primeira condição para uma prática ter vigência é estar na lei."

Passei a valorizar mais a conquista que tivemos em 1986-88 para colocar o Sistema Único de Saúde (SUS) na Constituição e a luta que travamos em 1996 para derrubar a Proposta de Emenda Constitucional (PEC) da Saúde, que tirava da Constituição o Art. 196: "A saúde é direito de todos e dever do Estado".

Apesar disso, a força do neoliberalismo de plantão, para o arripio da Constituição, conseguiu privatizar 30% do sistema público com os planos de saúde e, ilegalmente, boa parte dele por meio das terceirizações e outras práticas dos mais diversos tipos, criando hoje um sistema dicotomizado, caro, ineficiente, com resultados ruins em termos de morbimortalidade, acesso, acolhimento e direitos do cidadão.

Publico este livro na esperança de continuar ajudando a consertar o SUS, sem qualquer revolução, pois acredito ser possível a convivência de um sistema que garanta a equidade e bons resultados, em qualquer regime político, a exemplo da Inglaterra, Canadá, Cuba e China.

Se há uma política pública no Brasil preparada para um salto qualitativo e quantitativo, essa política é a da saúde. Temos um bom aparelho de saúde, convenientemente equipado (às vezes até exageradamente), recursos humanos de boa qualidade (em algumas regiões com até excesso de médicos) e uma Constituição que regulamenta o sistema quase de forma ideal.

Com tudo isso, nossos resultados são medíocres, e há uma evidente insatisfação dos usuários, caracterizando uma distância perversa entre o que temos condições de fazer e o que, de fato, fazemos.

A ponte entre um e outro significa especialmente a necessidade de uma gestão moderna e eficiente, que não se consegue implantar por inúmeras razões, entre elas, falta de uma política de Estado coerente e efetiva.

Interesses econômicos confrontam o interesse do usuário; mudanças frequentes de ministros sem uma burocracia preparada que mantenha a Política de Saúde definida; um financiamento precário e não vinculado, que impede o planejamento em médio prazo.

São criados programas sem conexão que permanecem ou se acumulam, como verdadeiros penduricalhos pirotécnicos novos ou remanescentes, inventados pelas forças políticas que se revezam no comando.

Há um parasitismo consentido do privado sobre o público; falta de controle social decorrente, entre outras razões, do excesso de centralização e de falta de politização do usuário e frequente uso político da saúde em vez da construção de uma Política de Saúde submetida aos reais interesses – e necessidades – de saúde da população.

Ao longo dos 40 anos de militância na gestão de saúde, pude verificar esses desacertos, criticando-os e consertando-os onde e quando tive oportunidade. Mas, devo reconhecer que as forças contrárias são fortes, pois são movidas pelos interesses políticos de poder ou de ganhos econômicos, vetores que infelizmente se potencializam na nossa incipiente democracia.

Entendi, por isso, que este livro é necessário. Ele é, mais do que tudo, um conjunto de relatos provocativos e de reflexões sobre erros e acertos, com uma espinha dorsal, que é a saúde como direito, e não como mercadoria. Isso está transcrito claramente na nossa Constituição e precisa ser retomado com urgência.

Procurei também usar o pensamento histórico com uma concepção não determinística de futuro. Nessa forma de pensamento, a análise histórica e a análise situacional se completam e servem de base necessária, mas não suficiente, para a análise prospectiva.

O futuro por extrapolação é rejeitado e substituído por um futuro desejado, um futuro por nós incorporado ao nosso projeto de vida. À medida que é compartilhado por grupos, comunidades, nações, transforma-se em projetos cada vez mais amplos.

Mesmo que minha intenção não seja a de ditar normas, mas de suscitar reflexões, não resisto, em vários capítulos, à tentação de apontar alguns direcionamentos.

Um bom recomeço seria respeitar a Constituição, produto da síntese de reflexões dos pensadores de saúde brasileiros nos 50 anos que a precederam, e aplicar mais verbas (sem estelionatos coletivos como o da Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira (CPMF), que não lhe acrescentou recursos), colocando o orçamento da saúde vinculado a um percentual crescente do Produto Interno Bruto (PIB) até atingirmos pelo menos 5%, que é o mínimo aceitável para um país como o nosso. Com isso se dobraria o orçamento.

A Organização das Nações Unidas (ONU) e a OMS têm aconselhado insistentemente nessa direção. Elevar os recursos, mas, acima de tudo, usando bem o orçamento à disposição, descentralizando-o para os gestores locais e fazendo com que os ministérios e as secretarias estaduais assumam o papel normatizador e programático perdido.

É urgente também acabar com a promiscuidade lesiva entre público e privado, traçando uma linha honesta, sem maniqueísmo, entre uma e outra coisa.

A proposta de corrigir o uso distorcido que as elites econômicas fazem do sistema público gratuito, tirando a prioridade dos carentes, tem causado pressões corporativas e econômicas, determinando outro erro, qual seja, o de institucionalizar esse uso.

Exemplos nessa direção têm sido a tentativa de oficialização da segunda porta nos hospitais públicos, sem qualquer sensibilidade para a enorme demanda reprimida dos usuários do SUS e o não ressarcimento, por parte das operadoras de planos de saúde, do uso parasitário que fazem do sistema público.

O discurso preventivo precisa deixar de ser excludente, deixar de ser apenas discurso e vir para a concretude com seriedade. Para isso, é necessário integrar ações preventivas e curativas na atenção primária na mesma hora e local, e estrategicamente delegar funções para, ao mesmo tempo, melhorar qualidade e universalizar.

É necessário parar de confundir detecção com prevenção e acrescentar esta última ao contínuo de ações de saúde na atenção primária, caracterizando-a como prevenção primária. Isso é o moderno!

Existem alguns exemplos bem-sucedidos de projetos como esse no Brasil, publicados e repetidos no exterior, mas aqui ignorados e desativados¹. É por essa razão que no Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) estamos em 70º lugar e em situação ainda pior na saúde².

Isso tudo é constrangedor, mas aponta para uma grande esperança: na saúde se encontra a maior oportunidade de progresso social se saltarmos o fosso, como já mencionei, entre o que sabemos e o que fazemos.

Para isso, precisamos implementar propostas criativas, obtidas em processo contínuo de pesquisa operacional e adaptadas à nossa realidade, o que acontecerá se deixarmos de ser conservadores e submissos aos interesses políticos e do capital e trouxermos para dentro do sistema os pensadores de saúde brasileiros.

É também fundamental que o governo mude o enfoque do desenvolvimento monetarista para o de desenvolvimento humano, o qual não será medido por inflação, superávit fiscal ou primário, mas significará, como meta a ser alcançada, uma vida digna para todos os brasileiros e, obviamente, com equidade de acesso à saúde. A atual crise seria uma ótima oportunidade.

Saúde não é assunto barato, nem simples; e não é possível fazer milagres. A única solução para o nosso país é organizar, aprimorar e ampliar novamente o sistema público, que é pré-pago pelos nossos altíssimos impostos.

1. Pinotti JA., Tejal MLVA., Nisida AC., Pinotti M. Integrated approach to women's health. *Int J Gynecol Obstet.* 2000;70(1):191-198.

2. Índice de Desenvolvimento Humano, UM, 2000.

Não se pode aceitar que no Brasil tenhamos saúde muito mais privatizada que na Inglaterra, França ou Itália, onde a população tem um poder aquisitivo muito maior que o nosso.

Certamente isso tudo ocorre como consequência do movimento histórico da saúde brasileira, que está na fase de forte pressão privatizante. É preciso entendê-lo para poder modificá-lo.

Hegel (1770-1831) nos mostrou que só poderemos entender as políticas sociais com alguma possibilidade de corrigi-las se nos valermos do seu historicismo dialético e da sua teoria de tese, antítese e síntese, o que só será possível se conhecermos a história e suas forças.

Há uma frase de Goethe (1749-1832) que precisa ser lembrada: "Quem, de três milênios, não é capaz de se dar conta, vive na ignorância, na sombra, à mercê dos dias, do tempo". Não me aventuro a tanto na história da saúde, mas, se o fizéssemos, reconstruiríamos a medicina Hipocrática, a Chinesa, a de Luciano, e estaríamos modernizando a de hoje.

Entretanto, se não conhecermos, pelo menos, a nossa história da saúde e suas razões, a partir do final da Segunda Grande Guerra, continuaremos navegando, como uma nau que perdeu a bússola e tenta inutilmente encontrar seu porto sem sequer olhar para as estrelas.

O sistema, por falta de rumo próprio, está cada vez mais ao sabor dos interesses econômicos, empurrado para o mercado; as modificações que vêm sendo feitas são dispersas, tendem apenas a criar fatos políticos e não conseguem recompor uma política para o setor; as críticas e sugestões são pontuais e desfocadas e não se vê nada mais, além de maus resultados e insatisfação crescente dos usuários.

Infelizmente, nosso povo jamais vivenciou essa situação de cidadania plena, é mal informado pelos governos e a classe média, que tem poder de mobilização, foi inteira para os planos de saúde.

Com isso, a precariedade da saúde pública, com suas filas quilométricas, pouca eficiência, falta de acesso e maus resultados, agrava-se. E assim mesmo é aceita, pois saúde para os usuários remanescentes do SUS é considerada, equivocadamente, muito mais um favor do que um direito.

Por isso, a mudança precisa partir das lideranças do poder com a consciência histórica dos erros cometidos, algum grau de solidariedade e muita coragem e seriedade para enfrentar os fortes interesses envolvidos e as pressões que eles exercem nos mais diferentes níveis.

Existem hoje dois grandes grupos enganados e prejudicados com essa evolução: o dos usuários e o dos trabalhadores de saúde, que inclui os médicos. O cidadão imaginou que comprando planos baratos seria atendido bem e melhor do que no SUS, mas enganou-se. A classe média, saindo do SUS, acabou com o controle social necessário para o aprimoramento contínuo do sistema e permitiu uma piora sem crítica.

O médico imaginou que seria mais bem remunerado e teria condições mais adequadas de trabalho indo para o setor privado dos planos de saúde, mas enganou-se também e hoje percebe que não só não as tem como está frustrado na sua vocação. Escolheu a profissão para praticá-la ética e humanisticamente, mas é obrigado a distorcê-la com limitações quase obrigatórias para manter seu emprego.

Muito do que aqui aparece como original é produto da experiência de vários pensadores de saúde e de outras áreas do conhecimento, com os quais convivi, integrados com a implementação das nossas utopias, nessas prolongadas quatro décadas que se iniciaram na Universidade Estadual de Campinas (Unicamp), em 1965.

Ali ocupei sucessivamente a direção do Departamento de Obstetrícia e Ginecologia, a Direção da Faculdade de Medicina, a Direção do Hospital das Clínicas, a Direção do Hospital da Mulher da Unicamp (Caism – Centro de Atenção Integrada à Saúde da Mulher) e a Reitoria da Universidade (1982-1986), passando pela Secretaria de Saúde de São Paulo de 1987 a 1991, pelo Hospital Pérola Byington de 1991 a 1998, pela Secretaria de Saúde do Município em curta passagem no ano de 2000, pela Direção da Disciplina de Ginecologia do Departamento de Obstetrícia e Ginecologia da Universidade de São Paulo (USP), de 1988 até 2004³.

Desenvolvemo-nos quando encontramos e implantamos propostas originais para nossos próprios problemas, que vistam nossas realidades e necessidades de soluções inteligentes e modernas.

Essa é a maior oportunidade que estamos perdendo no Brasil, especialmente nas políticas públicas de educação e saúde. Esse salto seria como uma política que alcança, ao mesmo tempo, o técnico e o social.

Na educação, seria o ensino fundamental em tempo integral para melhorar a qualidade e nivelar as oportunidades; e na saúde, um Sistema Nacional de Saúde igualitário e moderno. Esse conceito estabelece uma ligação forte entre todos os capítulos deste livro.

3. Pinotti JA. Currículo do sistema currículo Lattes. Disponível em: <http://lattes.cnpq.br/4041496439333737>.

CAPÍTULO 1

1. POLÍTICA DE SAÚDE

As Palavras Iniciais deste livro mostram claramente que não existe uma Política de Estado da Saúde no Brasil e que ela vem sendo "construída" aleatoriamente em cima de interesses externos à saúde.

É um círculo vicioso, pois, quando não existe uma política definida, a organização do sistema tende a ser frágil e privilegiar interesses outros que não a saúde. Por isso, neste capítulo, dedicamo-nos a iluminar algumas experiências bem-sucedidas, como a do Sistema Único de Saúde (SUS) nos anos 1980, e a denunciar desmandos, como focalizações mal interpretadas, formas escusas e lesivas de atuação, como a segunda porta dos hospitais públicos, o não cumprimento do ressarcimento e outros crimes praticados, pois, sem desvendá-los, é impossível corrigi-los; e, sem corrigi-los, jamais criaremos uma política de saúde.

Ainda aqui, aventure-me a sugerir certas correções no âmbito de uma política mais moderna, como também a adoção de medidas emergenciais ante a gravidade da nossa crise na saúde.

1.1 UM OLHAR RETROSPECTIVO SOBRE A SAÚDE BRASILEIRA

1.1.1 UM PERÍODO RICO EM MUDANÇAS

Descontentes com os baixos resultados dos índices de mortalidade e morbidade, preocupados com o desperdício de recursos e com o duplo desafio que a saúde dos brasileiros apresentava pela coexistência das doenças do passado não resolvidas e as do presente que estavam fora de controle, os pensadores de saúde brasileiros, certos de que a centralização e a dicotomia vigentes (entre prevenção e assistência médica) tinham esgotado suas possibilidades, vinham propondo, desde 1950, a descentralização do gerenciamento e a unificação do sistema como mudanças estruturais urgentes e fundamentais.

Essas propostas, que já haviam motivado as Ações Integradas de Saúde (AIS) sob a gestão do ministro Waldyr Arcoverde, ainda no governo militar, consolidaram-se conceitualmente na 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986, e depois, legalmente, na Constituição de 1988.

Entretanto, foram os documentos presidenciais, no período José Sarney (1987), que permitiram aos Estados a implantação dos Sistemas Locais de Saúde e o comando único a cada nível de governo.

Foi um movimento correto e de coragem, pois deslocou os interesses poderosos e fraudulentos que envolviam o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps), amplamente conhecidos na ocasião. A participação dos ex-ministros da Previdência Social, Rafael de Almeida Magalhães e Waldir Pires, e do ex-presidente do Inamps, Hésio de Albuquerque Cordeiro, foram relevantes.

O governo Sarney abdicou da gestão centralizada de recursos (própria para uso político-eleitoral e de programas pontuais centralizados e inúteis) ou, no mínimo, de uma visão arcaica e eleitoreira e apostou nos princípios do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (Suds), hoje SUS. Foi uma atitude despojada. O presidente, convencido da relevância do projeto, criou o Suds por decreto (nº 94.657, de 20 de julho de 1987)¹, o que permitiu aos Estados implantá-lo por meio de convênio com o Governo Federal.

Alguns estados avançaram. Em São Paulo, o sistema de saúde se unificou rapidamente quando a Secretaria de Estado da Saúde assumiu o Inamps e promoveu a sua descentralização para 65 Escritórios Regionais de Saúde (Ersa), em um convênio histórico celebrado com o Governo Federal^{2,3} assinado pelo presidente José Sarney, pelos ministros Rafael de Almeida Magalhães e Roberto Santos (Saúde), pelo governador Orestes Quércia e por mim, à época Secretário Estadual da Saúde de São Paulo (SES.SP).

Concomitantemente, foram implantados sistemas locais de saúde em 98% dos 572 municípios, tendo por base os “Planos Municipais de Saúde” que, elaborados conjuntamente pelos Ersa e municípios, compatibilizavam peculiaridades locais com programas específicos.

Os municípios passaram a gerenciar seus sistemas de saúde com apoio técnico e próximo dos Ersa, que, por sua vez, orientavam programas e metas dentro de um projeto global traçado pelo Estado. Os resultados e as contas eram revisados pelos órgãos competentes da SES.SP a cada três meses; e, com o seu cumprimento, novas metas eram estabelecidas, e novos recursos, repassados.

Os recursos estaduais objetivavam o aprimoramento do aparelho de saúde, e os federais (por meio do Fundo Estadual de Saúde) cobriam despesas de custeio e pessoal. Em seguida, nasceu a Programação Orçamentária Integrada (POI), que consolidou a unificação de recursos federais e estaduais.

Com isso, recolocou-se a saúde na tessitura das relações sociais mais simples, diretas e próximas dos municípios, definindo-se níveis visíveis e acessíveis de responsabilidade. Aproximou-se o gestor do local onde se concretizam as ações de saúde, permitindo-lhe mais eficiência; e o usuário do gestor, dando ao primeiro maior poder reivindicatório. Começou a existir um verdadeiro controle social na saúde.

A razão da descrição do modelo e dos resultados obtidos em São Paulo neste documento prende-se ao fato de, por meio deles, ser possível demonstrar a viabilização dos pressupostos constitucionais, com recursos relativamente escassos, obtendo-se excelentes resultados decorrentes de uma política de saúde federal acertada.

1. Brasil. Decreto nº 94.657, de 20 de julho de 1987. Dispõe sobre a criação do Programa de Desenvolvimento de Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde nos Estados (SUDS), e dá outras providências. Brasília: DF. Diário Oficial da União [internet]. 1987 [acesso em 2019 set]; Seção 1 – 21 jul. 1987, p. 11503 (Publicação Original). Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1980-1987/decreto-94657-20-julho-1987-445419-publicacaooriginal-1-pe.html>.

2. Compromisso Interinstitucional celebrado em 21 de maio de 1987 entre MPAS/Inamps e o Estado de São Paulo/SES.

3. Convênio SUDS 01/87 firmado entre MPAS/Inamps e o Estado de São Paulo, com a interveniência do Ministério da Saúde, firmado em 22 de junho de 1987.

O último *paper* publicado por Albert Sabin⁴ foi justamente sobre esse programa e os resultados alcançados. Os recursos humanos foram recuperados com contratações, capacitação e salários, e triplicou o número de médicos residentes nos municípios onde trabalhavam. Tudo isso ocorreu como consequência da descentralização e unificação do sistema, que se tornou possível pelas decisões federais, com apoio explícito do presidente da República e do governador do estado de São Paulo.

Aliás, aqui cabe um comentário: políticas públicas relevantes, como as de educação e saúde, só podem efetivar-se se houver agentes administrativos competentes gerenciando-as e apoio total das autoridades maiores, no caso em pauta, presidente e governador.

Em três anos, os atendimentos ambulatoriais passaram de 54 milhões para 127 milhões ao ano, com melhora da qualidade; os programas preventivos quintuplicaram sua cobertura; todos os índices de morbimortalidade medidos decresceram; a pólio foi considerada erradicada pela Organização Mundial da Saúde (OMS); uma epidemia de dengue no norte do estado foi controlada em 13 semanas; a mortalidade por sarampo ficou próxima de zero e a nova metodologia aplicada foi amplamente facilitada pela municipalização⁵. O aparelho de saúde cresceu no limite de suas necessidades regionais e, com os mesmos recursos de sempre, fez-se muito mais: unidades básicas de saúde, laboratórios, ambulatórios de especialidades e prontos-socorros mais do que dobraram no interior e na Região Metropolitana de São Paulo, onde também aumentou em 88% o número de hospitais, e em 28% o número de leitos⁶.

Uma avaliação do sistema por órgãos independentes mostra a satisfação do usuário e avanços consideráveis na ocasião. Todos os índices de morbimortalidade decresceram⁷.

1.1.2 A RETROAÇÃO

Havia ainda muito por avançar no novo sistema. Era de se esperar que experiências como essas, que ocorreram em alguns estados, em função da clarividência e abertura do Governo Federal e de toda a reflexão dos pensadores de saúde brasileiros, pudessem, a partir de 1990, ser reforçadas e multiplicadas pelo País, com as adaptações necessárias.

Surpreendentemente, isso não aconteceu. Ao contrário, a proposta do Ministério da Saúde, a partir de então, que identificamos juntamente com Sérgio Arouca⁸ como a “Contrarreforma da Saúde”, transformou o município de gestor em prestador de serviços, pagando-o como tal; afastou o apoio dos Ersa na gestão da saúde municipal, transformando-os em Diretorias Regionais de Saúde (DIRS) e centralizando-as; esgotou os recursos existentes com pagamento dos prestadores privados, selecionados sem critérios, e não deixou alternativa real para a continuidade do trabalho integrado Ersa/município, que permitia o aprimoramento institucional, técnico e programático contínuo.

4. Sabin AB, Measles K. Of Millions In Developing Countries: Strategy For Rapid Elimination And Continuing Control. Eur. J. Epidemiol. 1991 Jan;7(1):1-22.

5. Comitê Central de Mortalidade Materna da Prefeitura Municipal do Estado de São Paulo, 2000.

6. Ibidem.

7. O autor não indicou a fonte das informações.

8. Antônio Sérgio da Silva Arouca. Médico sanitário e político brasileiro.

Voltaram a aumentar as estruturas burocráticas estaduais do Inamps (consumindo recursos) em vez de usufruir da experiência de inúmeros trabalhadores sérios e competentes do órgão, nos Sistemas Estaduais de Saúde.

Nesse 'novo' contexto, o Inamps reassume papel normatizador do sistema, sem competência legal (constitucional), reforçando a centralização e editando instruções contrárias ao espírito da Constituição e aos interesses da saúde. A volta dos pagamentos centralizados aos prestadores contratados dificultou, às gestões estaduais e municipais descentralizadas, a fiscalização da qualidade das ações de saúde e das cobranças indevidas, inviabilizando o comando único a cada nível de governo, essência do SUS e preceito constitucional.

As aquisições de material de consumo e permanente também foram desastrosamente centralizadas. Quando se compra descentralizadamente, as quantidades são menores, e o controle social é maior e mais eficiente. Câmaras municipais, população, funcionários, todos observam a necessidade, a aquisição e a utilização, levando os responsáveis a buscar o melhor preço, adquirir só o necessário e o que for de utilização imediata. As compras centralizadas perdem todas essas características e dão margem a distorções de todo tipo, inclusive à ação de cartéis, que inexistem nas aquisições de menor porte.

Essas mudanças centralizadoras e arcaicas, iniciadas em 1990 em São Paulo, e que permaneceram imutáveis durante toda a década, danificaram o sistema, inviabilizando a continuidade de um processo de mudança viável e eficiente, que vinha permitindo, no governo José Sarney (até 1990) e no governo Orestes Quércia, em São Paulo (até 1991), a recuperação da dignidade do serviço público na área da saúde.

Esse serviço é e será absolutamente essencial para, pelo menos, 70% da população que, ainda por muitas décadas, não disporá de recursos para pagar privadamente pela assistência médica ou adquirir planos de saúde que cubram as suas reais necessidades. Se o fizerem, com os poucos recursos de que dispõem, serão excluídos de atendimentos fundamentais e de ações de maior complexidade como: tomografias, ressonâncias, órteses, próteses, cirurgias cardíacas, diálises, transplantes, quimioterapias especiais, internações prolongadas etc.

Esse panorama não mudou muito. Nesta última década, não houve, como hoje também não há, preocupações estruturais com o sistema de acordo com a Constituição, que obriga, de forma moderna, a universalização da atenção à saúde, a hierarquização de ações e a descentralização do gerenciamento.

A municipalização se tornou apenas uma ação burocrática em que se delegam responsabilidades sem projetos ou programas, não há supervisão ou apoio técnico e não são repassados recursos suficientes para seu cumprimento.

O Programa de Ações Básicas de Saúde (PAB), que à época destinou a ínfima quantia de R\$ 11,00 por habitante ao ano, acabou sendo usado como paliativo para as deficiências gritantes de saúde, em vez de se investir em programas modernos integrados na atenção primária.

Em 1995, o governo tentou institucionalizar sua política mudando a Constituição (art. 196) por meio da Proposta de Emenda Constitucional (PEC) da Saúde, que felizmente foi

derrubada, mas isso não tem impedido realizações de mudanças promovidas ao arripio da Carta Magna, contrariando até o conceito de democracia que, segundo Bobbio et al., significa:

[...] a imposição de limites ao domínio do econômico, ao jogo da acumulação e do enriquecimento privado para preservar as condições de vida, o meio ambiente, a saúde psicológica dos indivíduos submetidos à socialização do mercado⁹.

Durante esse período, prosperaram os planos de saúde (sua maior promoção é um sistema público ruim) que foram tirando, completamente, a classe média e boa parte do proletariado da responsabilidade do sistema público, que acabou ficando com o PAB e alguns hospitais de referência com graves dificuldades econômicas e de funcionamento.

Isso levou alguns governantes a privatizá-los, perdendo parcial ou totalmente o gerenciamento do sistema por meio da prática da segunda porta. Com isso, o Estado se afasta cada vez mais da possibilidade de implementar uma política de saúde e o caos toma conta do setor.

Ao retomar a questão da saúde no Brasil, é preciso ter em mente a história recente que, frequentemente, é esquecida por questões políticas menores, mas que, na saúde, ofereceu princípios e modelos estruturais bem-sucedidos, que puderam ser avaliados, aprimorados e adequados às diversas situações.



<https://bit.ly/33EcORC>

Cronologia da Saúde no Brasil, desde os anos 1940, com a descrição dos principais episódios, conforme a elaboração do autor.

QR Code 1

1.1.3 A SAÚDE HOJE

Temos hoje um sistema de saúde perfeito na Constituição e deficiente na prática. Para avaliá-lo, não podemos nos iludir com os números propagados sobre aumento da esperança média de vida ou diminuição da mortalidade infantil. Eles melhoram no mundo inteiro há muitas décadas graças à absorção de novas tecnologias. Entretanto, esses e outros indicadores de saúde são significativamente piores e caem mais lentamente no nosso país do que em todas as nações da América Latina¹⁰ com a mesma renda per capita e são muito piores do que nos países desenvolvidos ou mesmo nos países pobres que priorizaram suas políticas sociais.

9. Bobbio N, Matteucci N, Pasquino G. Dicionário de Política. Brasília: Editora Universidade de Brasília; 2000.

10. OMS & World Bank. 1996-98.

Há questões pontuais ainda mais graves: a mortalidade materna, que é muito alta no Brasil e não decresceu na Região Metropolitana de São Paulo; e a mortalidade por câncer de colo uterino, que apresenta sinais de crescimento^{11,12}.

O sistema de saúde tornou-se uma colcha de retalhos, os programas e projetos são episódicos, pontuais, parciais, fragmentados, variando desde uma visão eleitoreira arcaica até programas equivocados, como o PAS, que durou 7 anos, ou acertados, como o de medicamentos para Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (Aids), passando por outros, altamente insuficientes, como o PAB. Como consequência, temos hoje uma saúde pobre para os pobres usuários do SUS e uma saúde pujante no mercado para quem pode pagar por ela.

1.1.4 É POSSÍVEL MUDAR

A mudança necessária não pode significar proselitismo, cópia de modelos alienígenas ou volta ao passado. Um bom ponto de partida para esse recomeço seria respeitar a Constituição, produto da síntese de reflexões dos pensadores de saúde brasileiros.

Aplicar mais verbas, sem estelionatos coletivos como o da Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira (CPMF), que não lhe acrescentou recursos, e regulamentar a Emenda Constitucional (EC) 29, após a qual houve realmente aumento de recursos especialmente pelos municípios (que na maioria colocam mais do que os 15% exigidos) e de 6 ou 7 estados brasileiros¹³.

O Governo Federal vem diminuindo sua participação percentual, e de tempos em tempos surge a ideia de criar novamente a CPMF, que mais uma vez não irá para a saúde.

Na realidade, os recursos não constituem o fator mais relevante. O modelo de alta complexidade hospitalocêntrico e medicocêntrico americano não nos serve. Eles são os que mais gastam no mundo – US\$ 7.000 por habitantes/ano –, mas têm a 27ª mortalidade infantil. Nós gastamos apenas US\$ 300 por habitante/ano, e mesmo que multiplicássemos por 10, não chegaríamos perto. Por outro lado, existem países que gastam menos do que nós e têm melhores resultados. Isso confirma que nosso principal problema é claramente o modelo de atenção.

É urgente também acabar com a promiscuidade lesiva entre público e privado, traçando uma linha honesta, sem maniqueísmo, entre uma e outra. A proposta de corrigir o uso distorcido que as elites econômicas fazem do sistema público gratuito, tirando a prioridade para os carentes, tem causado pressões corporativas econômicas, determinando outro erro, qual seja, o de institucionalizar esse uso. Um exemplo tem sido a oficialização da segunda porta nos hospitais públicos sem qualquer sensibilidade para a enorme demanda reprimida dos usuários do SUS, para os quais passa-se a oferecer “medicina preventiva barata” como panaceia.

11. Comitê Central de Mortalidade Materna da Prefeitura Municipal do Estado de São Paulo, 2000.

12. Fundação Seade. Índice de câncer uterino ainda é alto. Folha de São Paulo. 2000 nov 5; Ano 80(26.149):22. Disponível em: https://acervo.folha.com.br/leitor.do?numero=14790&keyword=fundacao%2CSeade&anchor=700226&origem=busca&_mather=d9515aba89970d8c&pd=8738c2197ee19f82cf50877cca0aa8dc

13. Segundo Santos “[...] no ano 2018, os municípios alcançaram a média de 22,93%, enquanto Estados e DF aplicaram 12,99%. A União investiu 2,41% mais que no ano 2017, entretanto, valor menor que a inflação do período.” (Tese de Doutorado) (Universidade de Brasília – UnB) (prelo).

O discurso preventivo precisa deixar de ser excludente, deixar de ser discurso e vir para o mundo real. Para isso, é necessário, no âmbito da atenção primária, integrar ações preventivas e curativas e delegar funções para trabalhadores de saúde convenientemente treinados e supervisionados para, ao mesmo tempo, melhorar a qualidade e universalizar. Isso é o moderno!

Não se pode, entretanto, aceitar que, no Brasil, tenhamos saúde muito mais privatizada do que na Inglaterra, França ou Itália (onde a população tem poder aquisitivo muito maior que o nosso) e de pior qualidade do que a de países que têm renda per capita semelhante à nossa. A única solução é organizar, aprimorar e modernizar o sistema público, que é pré-pago pelos impostos, fazendo com que ministérios e secretarias estaduais voltem ao seu papel formulador de política, normatizador, fiscalizador, avaliador e financiador, deixando a execução para os sistemas locais, como ocorreu na década de 1980.

A diferença pode ser facilmente compreendida com uma comparação simples: na década de 1980, o governo Sarney, na trilha dos pensadores de saúde brasileiros, implantou o Suds por decreto (julho de 1987), e alguns estados, como São Paulo, aderiram imediatamente por meio de convênios, com excelentes resultados. Essa foi a razão pela qual o SUS entrou na Constituição. De lá para cá, somos obrigados a fazer leis, como a que foi sancionada em julho de 2008, para garantir o elementar direito de as mulheres realizarem testes de Papanicolaou e mamografia.

1.2 FOCALIZAÇÃO: CONCEITO ENGANOSO E PRÁTICA PERVERSA

A ‘focalização em saúde’, colocada no contexto das últimas duas décadas no nosso país, é uma das mais complexas e enganosas, tanto do ponto de vista conceitual como do prático.

Até o final da Segunda Grande Guerra, a saúde no Brasil se dividia em medicina privada e Santas Casas. O sistema público cuidava apenas das grandes endemias e epidemias com estratégias campanhistas, quase militares, próprias para a ocasião e para as condições epidemiológicas.

A partir daí, os diferentes sistemas previdenciários foram se organizando com razoável eficiência. Foi um bom momento, porém curto, pois acabaram desaguando no Inamps, que os centralizou e passou a dividir responsabilidades com o sistema público, diminuindo o papel das Santas Casas e ocupando parte da medicina privada.

O sistema ficou fracionado na sua periferia e centralizado verticalmente. Cada cidade possuía os sistemas públicos federal (algumas vezes), estadual e municipal: o Inamps, sua Santa Casa e o atendimento privado. Esses diferentes setores não se comunicavam, respondiam aos níveis centrais distantes e não tinham qualquer controle por parte da população.

Na década de 1980, os pensadores de saúde brasileiros, em busca do estado de bem-estar social, avançaram no conceito e na prática de um sistema nacional de saúde com características de universalidade, descentralização e unificação, que, após algumas experiências empíricas bem-sucedidas, é absorvido na Constituição de 1988. É outro momento riquíssimo e curto da saúde brasileira.

No início dos anos 1990, somos dominados pelo neoliberalismo, que consegue mudar a Constituição em vários pontos, com exceção da saúde, que resiste, e temos, a partir daí, um desencontro entre governo e práticas neoliberais, e preceitos constitucionais, sociais e democráticos na saúde.

Nesse contexto, entra a focalização, prática que é vendida como forma de dar atenção melhor e mais focada para a saúde dos pobres (sistema público), mas que, na realidade, objetiva, na sua distorção perversa do mundo globalizado e monetarizado, economizar recursos nessa área, ao mesmo tempo em que a saúde é colocada no mercado, por meio das operadoras de planos de saúde.

Vale a pena revisar os três principais pensamentos sociológicos do século XX que se relacionam com saúde para depois continuarmos a avaliar a questão da focalização da saúde brasileira:

A – CONSERVADORES

Os conservadores são os atuais herdeiros do ‘liberalismo’ do século XIX. Os seus valores fundamentais são a liberdade, o individualismo, e, possivelmente, a desigualdade. Só por meio da aceitação de que a liberdade (definida como a ausência de coação) tem precedência sobre todos os outros valores é que se conseguirá chegar ao âmago da posição conservadora sobre equidade. É sempre um meio necessário e suficiente para atingir outros tantos fins desejáveis, incluindo uma maior igualdade:

Uma sociedade que coloca a liberdade em primeiro plano acabará por atingir – como se de um feliz subproduto se tratasse – não só maior liberdade, como também maior igualdade [...] [essa sociedade] [...] garante aos desfavorecidos de hoje a oportunidade de se tornarem os privilegiados de amanhã, e, no decurso dessa evolução, permitirá a quase todos, de alto a baixo, gozar uma vida mais cheia e mais rica.¹⁴

Em suma, o discurso conservador sobre equidade revela pouca utilidade para o debate da desigualdade na saúde. A adesão dogmática à teoria de que não é injustiça, a atual distribuição os coloca à margem da preocupação generalizada com o problema. As suas opiniões sobre justiça social também não refletem, manifestadamente, as preocupações igualitárias expressas em documentos legais dos mais diversos países no que se refere ao acesso aos cuidados de saúde.

Temos, por fim que, sempre que propuseram princípios de distribuição para a proteção das necessidades extremas de alguns indivíduos, esses princípios se revelaram claramente falhos na especificidade, na clareza e na operacionalidade que se procura.

B – LIBERAIS

Os valores liberais assemelham-se, em muitos aspectos, aos dos conservadores. A principal diferença é que os primeiros não os subscrevem de forma absolutista. Barr¹⁵ sintetiza as principais características do discurso liberal como a análise da sociedade em termos de indivíduos, a propriedade privada como contingente do atingimento dos objetivos

14. Friedman M, Friedman RD. Free to Choose: A Personal Statement. New York: Harcourt Brace Jovanovich; 1980.

15. Barr N. The Economics of the Welfare State. London: Weidenfield and Nicolson; 1987.

da política, mais do que como um elemento essencial da sua doutrina e a comunhão de opiniões sobre justiça social que, por vezes, possuem implicações igualitárias. Poder-se-ia ainda argumentar que o seu pragmatismo é pontuado por uma forte vertente humanista.

As noções liberais sobre liberdade e individualismo explicam-se melhor como sendo a tentativa de moderar, na prática, os excessos dos conceitos conservadores. Isso transparece claramente no argumento de Beveridge¹⁶, segundo o qual liberdade é mais do que estar-se livre do jugo do poder arbitrário dos governos; é estar-se livre da servidão econômica resultante da indigência, da miséria abjeta e de outros males sociais. Ou, segundo o ponto de vista de Keynes¹⁷, o individualismo, se puder ser expurgado dos seus abusos, é a melhor salvaguarda da liberdade pessoal no sentido de que permite alargar sobremaneira o exercício da escolha pessoal.

Não é, portanto, surpreendente descobrir que os liberais acreditam que as desigualdades devem e podem ser atenuadas. Convém, contudo, sublinhar que a sua visão de equidade não é propriamente igualitária, mas sim uma visão que pretende melhorar as condições dos mais desfavorecidos, quer se trate dos pobres, dos sem-instrução ou dos doentes crônicos.

Nenhum desses conceitos abrange de forma satisfatória aquilo que é talvez o critério mais importante da análise de Culyer¹⁸: a situação de saúde dos “indigentes” como causa da inquietação. As pessoas se preocupam com os outros não por estes serem pobres ou desprovidos de recursos, mas por serem ou estarem doentes. Isso incita a que seja a situação de saúde o foco da política de distribuição, e não os rendimentos, o bem-estar, as comodidades ou os bens sociais primários.

A saúde não é, contudo, um bem transacionável e, nessas condições, como se conseguirá desenvolver uma consistente definição de equidade? Aparentemente só existem duas vias logicamente defensáveis. Por um lado, considerar equitativa uma distribuição quando haja um consumo otimizado de bens que favoreçam a saúde; por outro, considerar inerentemente equitativa toda e qualquer ação que maximize a saúde da comunidade. Em ambos os casos, o realce é posto na maximização/otimização mais do que na distribuição; na plenitude mais do que na relatividade.

C – SOCIALISTAS-DEMOCRÁTICOS

O socialismo é geralmente diferenciado das filosofias liberais e conservadoras pela sua adesão ao coletivismo. Isso pode se revelar enganoso na medida em que alguns escritores socialistas realçam cada vez mais a importância dos mercados competitivos. Além do mais, o coletivismo é mais bem interpretado como um meio de atingir um objetivo do que como componente de um conjunto de valores sociais.

Como acontece com as demais teorias, por meio de reflexão sobre os referidos valores sociais poderemos obter uma compreensão mais aprofundada de como a equidade deve ser definida. Utilizei o termo ‘socialismo-democrático’ para englobar aquela mais vasta área de

16. Beveridge W. O Plano Beveridge: Relatório sobre o seguro social e serviços afins. Rio de Janeiro: José Olympio; 1942.

17. Keynes JM. The General Theory of Employment, Interest and Money. London: Palgrave MacMillan; 1946.

18. Culyer AJ. Medical care and the economics of giving. *Economica*. 1971;38(51):295-303.

raciocínio que deriva da revisão do Marxismo, levada a cabo por Eduard Bernstein¹⁹ no virar do século e que, hoje, encontra expressão política em partidos da Internacional Socialista.

O elemento crucial parece ser, no entanto, a igualdade, uma vez que os outros valores lhe estão invariavelmente associados. Definir precisamente o que ela significa tem-se, contudo, revelado um óbice constante. O campo da saúde constitui exemplo flagrante.

Embora os objetivos da política igualitária do tipo evidenciado em países com Serviços Nacionais de Saúde (SNS) estejam frequentemente associados com o ponto de vista socialista-democrático, a literatura apresenta grande escassez de princípios de distribuição bem definidos e operacionais.

Na maior parte das vezes, as discussões são apresentadas em um vazio teórico. Essa falta de clareza e de desenvolvimento tem sido dolorosamente sentida pelos socialistas-democráticos defensores dos sistemas universais no debate sobre desigualdade na saúde.

Essa variedade de conceitos e credos políticos gerou sistemas de saúde completamente divergentes do regime político de plantão em diferentes países. Citemos como exemplo a Inglaterra e o Canadá, países capitalistas com sistemas baseados em socialismo/democracia, e os Estados Unidos da América (EUA), também capitalista, porém com sistemas liberais puros.

Esses fatos demonstram ser possível a convivência de regimes capitalistas liberais com sistemas nacionais de saúde socialistas com equidade. No entanto, isso só ocorre em um país com um povo que já tenha sentido o sabor do Estado de Bem-Estar Social e que seja suficientemente politizado para lutar pela sua manutenção, como foi na Inglaterra, quando do *White Paper*, de Margareth Thatcher.

Não é o nosso caso, pois, logo após a introdução do SUS na Constituição, tivemos a pressão do neoliberalismo por parte dos EUA, bancos, operadoras de planos de saúde e seus fortes *lobbies* políticos, e a submissão consentida dos nossos governos. O cidadão jamais sentiu seu sabor. O conceito de focalização foi usado como estratégia enganadora, se bem que ingenuamente assumida por alguns gestores na saúde e políticos.

Pessoalmente, não considero impossível, como já foi demonstrado, integrar a focalização com a equidade no sistema público, desde que se tenha uma gestão competente, criativa e uma clara visão desse conceito, com o objetivo de buscar a equidade com custos menores.

Um bom exemplo está nos resultados obtidos no hospital Pérola Byington na década de 1990 em São Paulo. Para fazer mais e melhor aos usuários do sistema público com menos recursos e bons resultados, buscaram-se algumas estratégias inovadoras, como a delegação de funções e a integração de ações preventivas e curativas na mesma hora e local. Organizaram-se, também, protocolos diagnósticos e terapêuticos consistentes com modernidade e economia, e os resultados foram excelentes em termos de cobertura e morbimortalidade.

19. Bernstein E. Las Premisas del socialismo y las tareas de la socialdemocracia. Problemas del socialismo. El revisionismo en la socialdemocracia. México: Siglo Veintiuno; 1982.

Lembro-me perfeitamente que era um dia de julho de 1996 – passando visita nesse ambulatório que atendia 3 mil mulheres por dia – e me dei conta, com certa surpresa, de que estávamos atendendo melhor ali do que na minha clínica privada e refleti: isso é o certo, esse é o conceito correto de focalização.

Contudo, nesse mesmo momento, o governo entendia como focalização o Programa de Atenção Básica (PAB), que dava aos municípios 80 centavos de real por habitante ao mês para fazer medicina preventiva no SUS, sem qualquer proposta nova de estratégia ou mesmo protocolo de atuação.

Na realidade, a focalização foi um instrumento enganoso do neoliberalismo de plantão para fazer da saúde brasileira o que ela é hoje: saúde pobre para os pobres e no mercado para quem puder pagar por ela.

Sem mesmo entrar no mérito do pensamento político de alguns sanitaristas brasileiros, entre os quais, Sérgio Arouca²⁰, meu orientado de doutoramento, que entendia a saúde como um caminho para mudar o processo político, pessoalmente creio que, objetivando puramente a saúde, pode-se lutar para conseguir, no Brasil, um sistema com equidade nas condições políticas confusas que vivemos.

Descolar as políticas públicas de saúde e educação dessa fase imatura e pobre da política brasileira e reorientá-las para o desenvolvimento humano, priorizando-as com viabilidade econômica, é apostar no desenvolvimento do País, seja qual for o viés político de plantão.

1.3 PRIVATIZAÇÃO E SEUS GRAVES DEFEITOS

Nunca consegui aceitar como correto oferecer a pacientes privados (particulares e usuários de convênios) atendimento diferenciado em hospital público – sem filas, com melhores acomodações e entrada especial –, em gritante contraste com a demanda reprimida e longas esperas dos doentes SUS, que têm nesses hospitais a única possibilidade de serem atendidos em ações de maior complexidade.

São dois os argumentos para justificar esse atendimento diferenciado: o primeiro é que faria com que os médicos se dispusessem a trabalhar em tempo integral, motivados por uma remuneração mais alta, proveniente dos ganhos obtidos com os pacientes privados; o segundo argumento é que a segunda porta renderia recursos significativos. Percebe-se que, ao contrário do que se tenta argumentar, com a segunda porta, há uma transferência



<https://bit.ly/2DzMHAH>

Dupla Porta: um relato de caso

QR Code 2

20. O sanitarista Sérgio Arouca foi um dos principais teóricos e líderes do chamado "movimento sanitarista", que mudou a saúde pública no Brasil. Sua tese de doutorado foi orientada pelo autor. Disponível em: <http://www.cesteh.ensp.fiocruz.br/o-dilema-preventivista-tese-de-doutorado-de-sergio-arouca>.

de recursos no sentido inverso, ou seja, dos recursos orçamentários e do SUS para atender, preferencialmente, os privados e conveniados que têm outros hospitais para atendê-los.

Certamente isso ocorre como consequência do movimento histórico da saúde brasileira, que sofre forte pressão privatizante. Entre os anos 1950 e 1980, tivemos um verdadeiro antissistema, que foi corrigido na década de 1980 por um movimento sistêmico estruturalista e socialmente justo, que deu origem ao Suds, que entrou na Constituição como SUS, e produziu bons resultados.

Logo após esse período, *pari-passu* com a globalização, neoliberalismo e economia de mercado, a saúde sofreu, desde o início dos anos 1990 até agora, um forte vetor privatizante ao arrepio da Constituição e da ética. A segunda porta faz parte disso.

Antígona, ao desafiar Creonte para dar sepultura digna a seu irmão, acabou, nas palavras de Sófocles, por ser enterrada viva, mas lançou as bases do jusnaturalismo, que pode ser entendido como a legislação da consciência moral de uma sociedade²¹.

Recorro a Sófocles, mas para ser atual, poderia socorrer-me de Hannah Arendt (1906-1975) ou Norberto Bobbio (1909-2004) e, sendo brasileiro, de Celso Lafer²², a fim de discutir a relativização da ética. Sem dúvida, os preceitos éticos – mesmo tendo que se adaptar ao componente cultural para entrar nas leis e nos costumes – devem sempre encontrar princípios imutáveis, dos quais a intelectualidade acadêmica deveria ser guardiã, para pairar puros nas nossas consciências morais, como quer Kant (1724-1804).

Esses princípios imutáveis seguramente não se submetem às imposições do momento histórico em que vivemos, que é ao mesmo tempo um determinismo por ser forte, mas também passageiro, pois não escapa da visão hegeliana historicista da tese, antítese e síntese.

Por isso, não podemos permitir que ele destrua valores perenes da universidade, aceitando-o acriticamente. Estou certo de que, ao médio prazo, a universidade se autocorrigirá. Por esse motivo, continuo a defender enfaticamente sua autonomia e seu caráter público.

Não podemos ignorar as evidências éticas e legais contrárias à segunda porta. Elas são gritantes e precisam ser corretamente avaliadas, pois não pode continuar a prevalecer o que se diz sobre o que se faz concretamente, tampouco, mais de 2 mil anos depois, deveríamos poder citar como verdadeiras e atuais as palavras de Tucídides: “Bem sabeis, como nós, que na ordem do mundo só se fala de direito entre iguais em força. Entre fortes e fracos, os fortes fazem o que podem e os fracos, sofrem o que devem”²³.

1.4 PLANOS DE SAÚDE

Nos anos de 1996 e 1997, houve prolongada e difícil discussão no Congresso Nacional sobre o regulamento dos planos de saúde. Na ocasião, formou-se um poderoso *lobby* a favor das operadoras, ávidas por conquistar, de modo confortável, um novo e alvissareiro

21. A tragédia grega Antígona, narrada por Sófocles, foi composta no ano 442 a.C.

22. Celso Lafer é um advogado, jurista, professor, membro da Academia Brasileira de Letras e ex-ministro das Relações Exteriores brasileiro.

23. Tucídides (460-395 a. C.) foi um historiador da Grécia Antiga.

mercado que já tinha sido apontado como promissor pelo documento do Banco Mundial, em 1993, denominado *World Development Report*²⁴.

Na ocasião, o jornal 'Folha de São Paulo' publicou artigo de minha autoria, intitulado 'A favor dos usuários'²⁵. O jornal também publicou outros dois artigos – 'Saúde não é mercadoria' e 'Legalização do estelionato' –, veiculados durante a discussão do Projeto de Lei e no dia em que foi aprovado pela Câmara Federal, com apoio da bancada do Governo.

Faço referência ao artigo 'A favor dos usuários' não para me regozijar de que tudo o que previ ocorreu, mas para demonstrar que, apesar de ter publicado esse e mais cinco artigos em veículos da grande imprensa, apesar de todas as Sociedades de médicos e usuários terem se manifestado oficialmente contra o projeto e publicado um manifesto em meia página dos grandes jornais brasileiros poucos dias antes da votação, esse projeto foi aprovado pela bancada governista e, também, por uma razoável parte da oposição (esquerda) do Congresso Nacional, por motivos que até hoje prefiro ignorar.



<https://bit.ly/2sFMN7L>

Jornais de Grande Circulação: Pinotti debate sobre saúde

QR Code 3

A partir do momento da aprovação dessa regulamentação dos planos de saúde, com todo o apoio da base governista parlamentar, ocorreram dois movimentos importantes: i) migração relevante dos usuários SUS pertencentes à classe média e ao proletariado para os planos de saúde, que era o que o governo pretendia, ou seja, tirar de suas costas a responsabilidade sobre os usuários que ainda tinham capacidade de reclamar e exigir um tratamento digno e, com isso, também economizar recursos e ser aplaudido pelo Fundo Monetário Internacional (FMI). Existe aqui um fato: a maior propaganda para as operadoras de planos de saúde é a propagação da precariedade do SUS, coisa que os sucessivos governos têm feito gratuita e eficientemente; e ii) o governo, que facilitou tudo para as operadoras de planos de saúde durante a regulamentação, começou a apertá-las com algumas exigências crescentes do ponto de vista financeiro, o que levou as operadoras pequenas a dificuldades crescentes e a um parasitismo cada vez maior no SUS, assim como os hospitais prestadores de serviço, contribuindo para aumentar o caos no sistema de saúde.

A situação complicou-se ainda mais, pois as seguradoras, que durante mais de uma década usufruíram de uma situação que lhes era claramente favorável, a partir do ano 2000, passaram a querer “expulsar” os idosos ou sair do mercado.

Novamente, é o usuário quem mais sofre, mas ele já está fora do SUS, de acordo com o planejamento e objetivo da privatização e com a cartilha do FMI. São prejudicados, também, médicos e demais trabalhadores de saúde pelas baixas tabelas de pagamento, salários e precárias condições de trabalho oferecidas ou impostas pelos planos de saúde.

24. World Bank. *World Development Report 1993: investing in health*. New York: Oxford University Press; 1993.

25. Pinotti JA. A favor dos usuários. *Folha de São Paulo*. São Paulo, 18 de maio, 1996, Ano 76:16. Opinião – Tendências e Debates.

Isso tudo mudou substancialmente a situação da saúde e a sua solução. Não podemos ignorar os 40 milhões de brasileiros que dependem dos planos de saúde e que, por tudo o que demonstramos, têm um atendimento parcial e crítico, especialmente os que pagam planos mais baratos, justamente a maioria.

Não podemos ignorar também que, nessa fase, aumentou o desemprego e, portanto, a inadimplência dos usuários. Várias empresas que mantinham planos coletivos deixaram de dar cobertura de assistência médica aos seus empregados; agravando ainda mais a questão, os planos individuais foram dificultados ao máximo. O SUS, que pelo precário financiamento e gestão está com enorme demanda reprimida, deverá tê-la ainda mais agravada com esse refluxo de pacientes.

É possível afirmar que tudo isso seria prevenido se uma atitude mais ética tivesse sido tomada pelo Congresso e, especialmente, pelo Executivo naquela ocasião. O mais dramático nessa questão é o papel da Agência Nacional de Saúde (ANS), que, na ocasião, muito me chocou e hoje está desnudado, assim como o das demais agências. Basta observar o que ocorre na Agência Nacional de Aviação Civil (Anac); na Agência Nacional de Telecomunicações (Anatel); na Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) e, com grande evidência, na ANS. É preciso reformulá-las completamente.

O parasitismo dos planos privados sobre o sistema público de saúde tem, na ausência do ressarcimento, a maior fuga de recursos (cerca de R\$ 2 a R\$ 3 bilhões ao ano), mas não se resume a isso. O governo, em vez de utilizar o sistema público para seus funcionários, estranhamente contrata empresas privadas para atendê-los e os paga regamente²⁶.

Adicionem-se a isso isenções de impostos, o orçamento líquido, os recursos humanos da ANS e outros, e se pode afirmar que se transfere, por meio do Governo Federal, perto de R\$ 10 bilhões ao ano de recursos do cidadão brasileiro para o sistema privado de saúde, que, se injetados no sistema público, poderiam transformá-lo completamente.

Essas derrotas no Congresso e a leniência da ANS levam à assunção total de poder das operadoras, com a anuência dos governos. Em dezembro de 2003, o presidente enviou para o Congresso Nacional uma Medida Provisória (MP) dando total poder à ANS para regulamentar o setor, inclusive para a questão da migração.

A duras penas, consegui a relatoria e preparei, com a participação de quase todos os partidos, ANS e entidades, um projeto de lei de conversão, que objetivava corrigir quase todas as distorções existentes, levando em consideração também, é claro, o equilíbrio econômico das operadoras. Ele corrigiria todas as mazelas que estamos enfrentando a conta-gotas. Os discursos foram favoráveis à medida de conversão, e os votos a derrubaram. A situação ficou tão constrangedora que a bancada governista fez uma promessa ao Congresso, endossada pelo governo, de entrar com um projeto de lei em 60 dias com exatamente os mesmos itens da minha medida de conversão “para discutir melhor”. Essa solene promessa jamais foi cumprida.

A partir dessa data, por incrível que pareça, já passavam pelos planos e por seus *lobbies* mais recursos do que pelo SUS. A segunda porta continuava, o ressarcimento não era feito, o que servia para enriquecê-los ainda mais.

26. Em 2012, com a Lei Complementar nº 141 que regulamentou a EC nº 29, houve a definição do que deve ou não ser considerado como despesa em saúde.

A luta persistiu também do lado de cá; e quando, em 2007, tardiamente, foi apresentado um relatório sobre uma nova legislação dos planos, aprovado como de fato o foi, sem qualquer discussão, na Comissão de Seguridade e Família, apesar da apresentação do meu voto em separado, procurando corrigir graves defeitos e omissões.



O incrível dessa nova investida é que são omitidos os critérios de credenciamento e descredenciamento dos médicos, o aumento de 500% por faixa etária, entre outros, e o argumento do relator é que esses itens fazem parte do relacionamento comercial entre a operadora, os médicos e os usuários. Ou seja, no entender do relator, o Congresso e a ANS nada têm a ver com isso – não cumprem a sua função e deixam tudo ao sabor selvagem do mercado. As distorções contidas no projeto acentuam as perversidades e judicializam várias questões, como o agravo, a portabilidade e a migração, entre tantas outras.

Felizmente, conseguimos fazer com que o projeto fosse encaminhado à Comissão de Defesa do Consumidor e apresentamos lá mais um voto em separado. Esse voto incluía as correções de distorções e omissões existentes no relato, bem como os acréscimos que este relatório fez à Lei 9.656 considerados corretos.

É, portanto, um projeto de lei global que, se aprovado, repõe a Lei 9.656, de 1998 – que foi retalhada por medidas provisórias –, como ela deveria ter sido, adequando-a com equilíbrio à matéria.



Nesse ínterim, foi realizada uma Audiência Pública na Comissão de Fiscalização Financeira e Controle, que presidi a partir de fevereiro de 2008, em que o Presidente da ANS confessou publicamente e sem constrangimento que não faz o ressarcimento, desrespeitando a Lei nº 9.656/1998²⁷. Usei esse depoimento para formular um pedido de inquérito por meio do Ministério Público Federal, que, espero, possa penetrar a fundo na matéria²⁸.

27. Brasil. Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998. Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde. Brasília: DF. Diário Oficial da União [internet]. 1998 [acesso em 2019 set.]; Seção 1 - 4/6/1998, Página 1. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L9656.htm.

28. Para mais informações sobre o ressarcimento das operadoras de planos de saúde ao acesse: <http://www.ans.gov.br/planos-de-saude-e-operadoras/espaco-da-operadora/18-planos-de-saude-e-operadoras/espaco-da-operadora/263-ressarcimento-ao-sus>. Acesso em: set 2019.

Na realidade, a ANS nunca se preocupou em implementar um processo de cobrança aos planos de saúde que efetivamente concretizasse o processo de ressarcimento aos cofres públicos dos valores relativos aos atendimentos dos usuários de planos no SUS.

Senão, vejamos: o Departamento de Informática do SUS (Datusus) promove o batimento por homonímia dos pacientes atendidos no SUS, aqueles que têm planos de saúde. Como a comparação é entre homônimos (sem outros dados adicionais), o número de cruzamentos é muito grande, e a busca dos que têm planos de saúde compatíveis para o ressarcimento se faz apenas até o 15º indicado. Essa fórmula é ineficiente e demorada.

A inclusão ou exclusão de usuários na ANS se faz pela empresa de plano de saúde, e sabe-se que algumas, ao serem identificadas para ressarcimento, retiram o nome da sua lista e alegam na Justiça a inoportunidade da cobrança²⁹.

Apesar de o art. 32 da Lei nº 9.656/1998³⁰ determinar o ressarcimento de todos os procedimentos pagos pelo SUS, a ANS só promove batimentos para as internações em hospitais públicos e os de urgência e emergência em hospitais contratados e conveniados. Ela não faz o 'batimento' e, portanto, a cobrança dos procedimentos ambulatoriais (que são principalmente os de alto custo: quimioterapias, radioterapias, ressonâncias, tomografias, hemodiálises, próteses etc.) realizados em hospitais públicos e privados (contratados ou conveniados com o SUS). Pode-se afirmar, sem sombra de dúvidas, que, dessa forma, a ANS só cobra um terço do que seria devido e ainda o faz de forma ineficiente.

A ANS deveria proceder ao batimento com maior eficiência e competência, utilizando os equipamentos e programas de informática hoje disponíveis. Entretanto, isso não ocorre. Ela aumenta o trabalho dos técnicos e a vulnerabilidade da cobrança. Se a cada atendimento no SUS o paciente informasse, na sua saída, se tem ou não plano de saúde e qual é a sua modalidade (genérico, ambulatorial e de internação), ficaria facilitado o trabalho dos analistas e a cobrança efetivada.

Outra medida que poderia ser implementada com muita facilidade e que aumentaria a efetividade do batimento seria a atribuição do cartão/número SUS a todos os usuários de planos de saúde.

Com esses simples procedimentos, ter-se-ia, com eficiência e simplicidade, a identificação de um usuário de plano de saúde nos serviços públicos e contratados ou conveniados com o SUS apenas com um batimento numérico, ficando para os analistas a identificação da inclusão ou não do procedimento no plano.

A alegação dos "oportunistas" é a de que isso inviabiliza a universalidade, o que é uma mentira da pior espécie e proveniente daqueles que se locupletam com o lucro das operadoras.

29. O STF posicionou-se, em 2018, acerca do ressarcimento dos integrantes da saúde suplementar ao SUS. Para conhecer o assunto, acesse: <http://stf.jus.br/portal/jurisprudenciaRepercussao/verAndamentoProcesso.asp?incidente=2661252&numeroProcesso=597064&classeProcesso=RE&numeroTema=345>.

30. Brasil. Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998. Art. 32. Serão ressarcidos pelas operadoras dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, de acordo com normas a serem definidas pela ANS, os serviços de atendimento à saúde previstos nos respectivos contratos, prestados a seus consumidores e respectivos dependentes, em instituições públicas ou privadas, conveniadas ou contratadas, integrantes do Sistema Único de Saúde - SUS. (Redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001).

Devemos ainda destacar os prejuízos aos pacientes do SUS com a segunda porta, que descaradamente dá prioridade de atendimento nos hospitais públicos aos usuários de planos de saúde e recebem pagamentos das operadoras. Há também a proposta “marota” de as operadoras pagarem ao SUS um per capita para evitar todo o processo de ressarcimento.

Quem conhece o sistema de saúde sabe perfeitamente o que isso significa. É constituir uma operadora e utilizar os serviços contratados e conveniados com o SUS de forma prioritária por seus usuários e ter preços muito mais favoráveis nos seus contratos com prestadores.

Estes, pela ausência de batimento, poderiam proceder à dupla cobrança sem qualquer risco e, conseqüentemente, maior lucro. Os hospitais públicos com segunda porta são a “sopa no mel” para todos, menos para o usuário SUS. Os usuários de planos de saúde são aí atendidos com acomodações especiais, sem filas, corpo clínico de melhor nível e nenhum batimento ou cobrança completa, o que é ótimo para as operadoras.

Três atitudes da maior relevância foram tomadas, durante o ano de 2008, pela Comissão de Fiscalização e Controle (CFC) da Câmara Federal, à época por mim presidida: i) foi realizada uma audiência pública sobre a questão do ressarcimento, em que o presidente da ANS relatou publicamente que não o praticava de acordo com a lei; ii) como consequência, na qualidade de presidente dessa Comissão, relatei o fato oficialmente ao Ministério Público Federal e solicitei providências; e iii) um deputado da Comissão, usando esse mesmo depoimento e os demais, solicitou a instauração de Proposta de Fiscalização e Controle (PFC), que depois de árdua luta foi aprovado.

Conseguimos obter pequenas vitórias no início de 2009: a primeira foi com relação à portabilidade, ou seja, a ANS, pressionada pelas audiências públicas, PFC da CFC, pela discussão que o meu voto em separado provocou na Comissão de Seguridade e Família e pelos dois acórdãos do Tribunal de Contas da União (TCU) (1.146/2006 e 771/2005)³¹, resolveu normatizar a possibilidade de trocas de planos do mesmo nível, desistindo da absurda judicialização, com a qual ela tinha concordado no PLC nº 4.076/2001³². Entretanto, essa portabilidade ficou restrita aos que compraram seus planos após o ano de 1999, o que é do interesse das operadoras para forçá-los a migrar e pagar mais. Mesmo assim, foi uma vitória importante; e continuaremos pressionando para que ela tenha também validade para os demais.

Outra relevante vitória já foi relatada: tanto a ANS como as operadoras concluíram que não conseguirão mais continuar cometendo o furto anual ao SUS, e começaram a anunciar medidas tímidas, que precisam ser ampliadas.

Na realidade, é preciso continuar pressionando, pois as vitórias foram poucas diante da dimensão das dificuldades. A ANS preocupa-se muito mais com a saúde financeira das empresas do que com os direitos e saúde dos usuários. Existe uma “bancada dos planos”

31. Brasil. Tribunal de Contas da União. Acórdão TCU nº 1146/2006. Disponível em: <https://pesquisa.apps.tcu.gov.br/#/documento/acordao-completo/ac%25C3%25B3rd%25C3%25A3o%25201146%252F2006/%20DTRERELEVANCIA%20desc,%20NUMACORDA-OINT%20desc/0/%20?uuiid=ac7f0af0-e085-11e9-a118-5f325e2323de>. Acesso em: set 2019.

32. Brasil. Projeto de Lei da Câmara nº 4.076/2001. Altera a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, que “dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde” incluindo os procedimentos preventivos no rol dos serviços a serem oferecidos pelas empresas do setor. Disponível em: <https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=26160>. Acesso em: set 2019.

no Congresso que impede as correções necessárias, e uma parte da imprensa também é motivada pelo volume de recursos para propaganda que recebe das operadoras.

1.5 O CRIME DO RESSARCIMENTO

Apesar de o art. 32 da Lei nº 9.656, de 1998, determinar o ressarcimento desde 1998, os planos de saúde o cumprem de maneira parcial. A ANS, responsável legalmente pela cobrança, desrespeita a lei e não pratica corretamente o ressarcimento financeiro dos procedimentos realizados no sistema público de saúde.

O principal argumento dos planos, aceito pela ANS, é o fato de haver uma Ação Direta de Inconstitucionalidade (Adin) em curso no Supremo Tribunal Federal (STF), o que é um verdadeiro absurdo. Já o argumento principal da ANS é a dificuldade de efetuar a cobrança, o que é outro absurdo. Isso causa um enorme prejuízo para o SUS.

A mesma lei determinou que, quando os usuários de planos de saúde fizessem uso do sistema público de saúde de algum produto constante no seu contrato, a operadora estaria obrigada a ressarcir o seu valor para o sistema público, tendo sido definido, inclusive com cálculo de custos, por meio da Tabela Única Nacional de Equivalência de Procedimentos (Tunep)³³, que é muito próxima à tabela SUS. Portanto, em geral, não cobre as despesas totais do procedimento realizado.

Pela própria Lei nº 9.656/98, cabe à ANS o exercício dessa cobrança, até que os recursos voltem aos cofres públicos e sejam utilizados no SUS, sempre carente de verbas. A Lei nº 9.656/98 determina também que todos os procedimentos realizados no SUS, que façam parte do produto comprado no plano de saúde, sejam ressarcidos; tanto os de internação como os ambulatoriais. Estes últimos não são sequer cobrados pela ANS.

Nos últimos dez anos, a prática de usar o SUS para realizar procedimentos se tornou comum, principalmente para os mais caros, que são dificultados pelos planos de saúde, como diálises de diferentes tipos para renais crônicos, quimioterapias, ressonâncias nucleares magnéticas, tomografias e uma série de outros exames, além de internações para procedimentos terapêuticos, também de maior custo e complexidade.

Se juntarmos isso à prática do ressarcimento precariamente seguida pelos planos e pela ANS, nota-se facilmente que estão sendo causados enormes prejuízos ao SUS, não só financeiros, mas também de ocupação de espaços ambulatoriais e de internação para seus usuários.

Em 2003, a Câmara Federal instituiu uma Comissão Parlamentar de Inquérito (CPI) com relação aos planos de saúde, que teve como objetivo, entre tantas questões, a do ressarcimento. Essa CPI terminou com a comprovação de que o ressarcimento é feito de uma maneira precária e ilegal, mas nem por parte do governo tampouco da ANS qualquer tipo de correção foi realizado. O *lobby* dos planos sempre foi muito forte.

33. A Lei nº 9.656, de 1998, por seu art. 32, § 8º, determina que os valores a serem ressarcidos não podem ser inferiores aos praticados pelo SUS, tampouco superiores aos praticados pelas operadoras de planos privados de atenção à saúde. Conforme previsto no § 1º do mesmo artigo, esses valores devem estar previstos em tabela de procedimentos aprovados pela ANS (Tabela Única Nacional de Equivalência de Procedimentos - TUNEP). Informação disponível em: <http://ans.gov.br/planos-de-saude-e-operadoras/espaco-da-operadora/267-tabela-unica-nacional-de-equivalencia-de-procedimentos-tunep>. Acesso em: set 2019.

Em dezembro de 2003, o governo editou uma MP, passando para à ANS toda a responsabilidade do gerenciamento da relação dos planos de saúde com o SUS e com o usuário. Fui indicado seu relator; e preparei uma Medida de Conversão (nº 148/2003), procurando corrigir as diversas irregularidades demonstradas na CPI, inclusive com relação ao ressarcimento.

Nessa ocasião, praticamos um diálogo intenso com ANS; Associação Médica Brasileira (AMB); Conselho Federal de Medicina (CFM); Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor (Idec); Instituto de Defesa do Consumidor (Procon); Associação Brasileira de Defesa do Consumidor (Pro-Teste) e com os diferentes partidos políticos, assim, conseguimos chegar a um bom acordo com relação às correções necessárias.

A partir de estudos elaborados pelas instituições mencionadas, suas conclusões, abaixo resumidas, são claras e coincidem com a direção que estamos dando à discussão no Congresso: i) os planos individuais irão desaparecer, e os “falsos” planos coletivos são uma ameaça aos usuários; ii) os contratos coletivos já representam 70% do mercado, mas recebem pouca ou nenhuma atenção da ANS; iii) mais de 13 milhões de pessoas continuam ligadas a planos antigos, que praticam inúmeras restrições; iv) a ANS despreza os planos antigos e defende a validade dos contratos excludentes, já rechaçados pelo Poder Judiciário; v) os usuários de planos novos ficam sem assistência em diversas situações; vi) as brechas na lei e decisões da ANS impõem inúmeras restrições mesmo em contratos assinados após a vigência da Lei nº 9.656/98; vii) os planos de saúde interferem no trabalho do médico, remuneram mal e prejudicam a saúde dos pacientes; viii) o mercado de planos de saúde está concentrado; e à medida que estão sem concorrência nem portabilidade de carências, grandes empresas dominam o mercado e faturam cada vez mais, beneficiadas pela política de reajustes da ANS; ix) os planos “quebram” por má gestão, a ANS pouco interfere, e quem paga a conta é o consumidor; x) cada vez mais recursos públicos são destinados aos planos de saúde privados.

Dos debates, resultaram as seguintes recomendações:

- i. que a ANS assuma de fato o seu papel regulador e fiscalizador de todo o mercado, valendo-se do Código de Defesa do Consumidor e das demais legislações aplicáveis;
- ii. sejam revistas as normas editadas pela ANS que se mostraram ilegais e contrárias à Lei nº 9.656/98, ao Código de Defesa do Consumidor e à Constituição Federal, à exemplo da Resolução 11 do Consu, que dispõe sobre os transplantes³⁴;
- iii. seja elaborada norma e adotadas medidas que permitam a mobilidade dos consumidores, ou seja, a mudança entre operadoras de planos de saúde, sem a necessidade do cumprimento de novas carências³⁵;
- iv. que haja intervenção no processo de “falsa coletivização” de planos de saúde, tendência crescente do mercado, o que tem levado os usuários contratantes a se tornarem ainda mais vulneráveis;

34. ANS. CONSU. Resolução nº 11. Revogada. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=MzAx>. Acesso em: set 2019.

35. Para saber as regras vigentes sobre a portabilidade entre planos e seguros de saúde, leia: <http://www.ans.gov.br/planos-de-saude-e-operadoras-sp-630100786/contratacao-e-troca-de-plano/trocar-de-plano-de-saude-sem-cumprir-carencia>. Acesso em: set 2019.

- v. que haja fiscalização e devida punição das infrações relacionadas aos contratos coletivos, inclusive os aumentos abusivos e as rescisões unilaterais;
- vi. seja implantada nova política de preços e de reajustes dos planos de saúde direcionada a todo o mercado, que inclua planos novos e antigos, individuais e coletivos; cujos critérios devem ser definidos após a consulta a instituições independentes e especializadas, garantida a transparência e o diálogo da ANS com usuários, prestadores de serviço e operadoras de planos de saúde;
- vii. que haja intervenção, conforme determina a legislação, na relação entre operadoras de saúde e prestadores de serviços. Os médicos e demais profissionais de saúde estão cada vez mais submetidos a pressões e imposições que prejudicam os pacientes. Nesse sentido, a Resolução Normativa 71 deve ser revista pela ANS³⁶, considerando, dentre outras sugestões feitas pelas entidades médicas, a restrição ao descredenciamento unilateral pelas operadoras e a definição de regras e data-base para o reajuste dos honorários;
- viii. sejam revistas as normas e a atuação da ANS em relação aos problemas econômico-financeiros das operadoras de planos de saúde. Diante de cada caso, deve ser estabelecido imediatamente um canal de comunicação transparente com os usuários e os prestadores de serviços da operadora em crise;
- ix. haja aprimoramento dos sistemas de identificação e cobrança, para fins de ressarcimento, de todos os atendimentos prestados pelo SUS aos usuários de planos de saúde. Devem ser criados procedimentos e prazos administrativos mais eficientes e ágeis para a apuração e julgamento das impugnações feitas pelas operadoras; além da revisão das normas, que limitam as coberturas dos contratos;
- x. haja posicionamento claro da ANS sobre a utilização de recursos públicos envolvidos direta e indiretamente com planos de saúde privados; e sobre a relação da saúde suplementar com o SUS.

Uma das conclusões dos estudos mencionados vem reforçar nossa opinião sobre a ANS, tantas vezes expressa neste capítulo: “é inaceitável que uma agência reguladora, com cerca de mil profissionais em sua estrutura e com orçamento anual de R\$ 111 milhões (Relatório de Gestão, 2006) atue somente sobre parte dos contratos de planos de saúde e priorize, sem sucesso, os aspectos econômico-financeiros em detrimento da assistência à saúde”³⁷.

No Plenário, os discursos foram favoráveis, entretanto, infelizmente, o governo determinou à sua bancada, por sugestão da ANS, que derrubasse a Medida de Conversão, aprovando a MP original e garantindo, a seguir, que em três meses as correções entrariam em um projeto de lei proposto pelo governo, para que se pudesse discutir “melhor” as questões, que, segundo ele, eram complexas.

Passou-se todo ano de 2004, o projeto de lei prometido não foi enviado, o ressarcimento continuava sendo feito de maneira irregular, ou seja, a ANS procurava ressarcir (e muito

36. ANS. Resolução Normativa nº 11. Revogada. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=NzY2>. Acesso em: set 2019.

37. O autor não indicou a fonte da informação.

mal) somente as internações, deixando de lado todos os procedimentos ambulatoriais que são os mais dispendiosos.

Mesmo as internações, que eram cobradas, frequentemente eram contestadas pelas operadoras; e, quando aprovadas, elas tinham quatro ou cinco anos para pagar. Portanto, o ressarcimento era irrisório, demorado, e o prejuízo ao sistema público continuava extremamente alto.

No final de 2004, em função da não solução dessa importante questão, solicitamos oficialmente ao Congresso Nacional uma auditoria do TCU; que a realizou com bastante cuidado e publicou um acórdão em 2006 (Acórdão TCU nº 1.146/2006)⁴⁰, comprovando as assertivas que vínhamos fazendo desde a promulgação da Lei nº 9.656, de 1998.

Nesse acórdão, o TCU fez recomendações importantes à ANS, não cumpridas nem pela Agência tampouco pelos planos de saúde. O próprio Partido dos Trabalhadores, antes de assumir o governo, concluiu que o prejuízo dado ao SUS pelo não cumprimento do ressarcimento estava em torno de R\$ 2,5 bilhões ao ano, e realmente esses dados parecem reais quando comparados com as contas que o TCU apresentou tanto no acórdão já citado quanto as que fizeram parte de exposições do TCU nas audiências públicas realizadas na Comissão de Fiscalização Financeira e Controle (CFFC) em novembro de 2008. Existem na Câmara transcrições à disposição dos interessados³⁸.

A continuidade do descumprimento das normas legais relacionadas com o ressarcimento, pela ANS e pelas operadoras, inexplicavelmente prosseguiu até 2008. Naquele ano, o TCU fez nova auditoria³⁹ e concluiu que a ANS continuava cobrando de modo insuficiente as internações e, pior, pois ilegal, não cobrava os procedimentos ambulatoriais, continuando a desrespeitar a Lei nº 9.656/98. O TCU demonstrou também que mais da metade das despesas com recursos do SUS eram ambulatoriais, pelos procedimentos de alto custo realizados aí, causando um enorme e contínuo prejuízo ao SUS.

E o que é mais grave, nas duas audiências públicas, os planos de saúde, por intermédio de seus advogados e representantes, argumentaram que não havia razão para fazer o ressarcimento pela existência de uma Adin no STF. Na primeira audiência pública realizada na CFFC, estava presente o Ministério Público, que foi interpelado e colocou com muita clareza que uma Adin não exclui a responsabilidade do cumprimento de uma lei vigente, enquanto não for decidida pelo STF.

Em função dessas evidências e das atitudes cínicas e desrespeitosas em relação à lei vigente por parte dos planos de saúde e da ANS, fiz uma interpelação ao Ministério Público para que ele tomasse providências, assim, aprovamos uma PFC, relatada e aprovada. Por meio desse documento, propôs-se que a CFC exerça a fiscalização sobre as medidas da ANS para assegurar o ressarcimento³⁸ dos planos de saúde ao SUS⁴⁰.

38. Brasil. Câmara dos Deputados. Para conhecer as informações acessíveis livre e desembaraçadamente, consulte: <https://www.camara.leg.br/transparencia/>. Acesso em set 2019.

39. Brasil. Tribunal de Contas da União. Disponível em: https://pesquisa.apps.tcu.gov.br/#/documento/acordao-completo/*/NUMACORDAO:502%20ANOACORDAO:2009%20COLEGIADO:%22Plen%C3%A1rio%22/DTRELEVANCIA%20desc,%20NUMACORDAO:OINT%20desc/O/%20. Acesso em: set 2019.

40. Veja o conteúdo do QR CODE 5.

Por essa razão, em janeiro de 2009, publiquei na Folha de S. Paulo o artigo 'Um crime que persiste há dez anos', em que denunciei como criminoso a atitude da ANS cobrar mal e parcialmente o ressarcimento dos planos de saúde, deixando de fora a parte dos atendimentos ambulatoriais de alto custo.



Denúncia: 'Um crime que persiste há dez anos'

QR Code 6

<https://bit.ly/2P6Q9YF>

As pressões foram fortes. O TCU fez a auditoria pedida pela PFC aprovada na CFEC da Câmara, sob minha presidência. A auditoria, perfeita sob o ponto de vista técnico, resultou em um voto corajoso do ministro Valmir Campelo⁴¹ e em um acórdão aprovado por unanimidade que acompanha o voto, exigindo correções imediatas da ANS, assim como correções que cobrem o prejuízo do passado, pois a lei era descumprida pela ANS por dez anos.



**TC 023181/2008-0:
Auditoria Operacional do TCU na ANS**

QR Code 7

<https://bit.ly/2P4MRFB>

1.6 PREVENÇÃO COM MODERNIDADE

Não existe discurso politicamente mais correto que o da prevenção. Todos – médicos, administradores de saúde, imprensa leiga, políticos – o fazem com a mesma ênfase e paixão. Entretanto, no mundo real, ele não se realiza, e persiste um enorme fosso entre o discurso e a prática.

Na época do nosso descobrimento, Leonardo Da Vinci (1452-1519) já dizia: "A suprema desgraça ocorre quando a teoria supera a prática". O poeta Willian Blake (1757-1827), quatro séculos mais tarde, sentenciou com a licença da síntese poética: "Arte é prática", frase que vi recentemente repetida por nossa educadora Liana Aureliano⁴², em um momento especial de sua vida.

É difícil entender que, em questão tão vital como a saúde, ocorra esse tipo de farsa, pois, quando se lida com políticas públicas e, particularmente, com saúde, dever-se-ia usar o conceito kantiano da "lei moral" ou da "ética do dever". Vale a pena refletir, portanto, sobre os empecilhos e armadilhas interpostos, para que, conhecendo-os, seja possível superá-los; e não, como tem ocorrido nestas últimas décadas, usá-los para, sofisticada-

41. Veja o conteúdo do QR CODE 7.

42. Liana Maria Lafayette Aureliano da Silva. Doutora em economia pela Unicamp, em 1976.

mente, com base na ideia correta da prevenção, obter ganhos políticos e contrários aos reais interesses da saúde.

A importação de modelos alienígenas, particularmente dos países desenvolvidos, é um deles. Os escandinavos começam a substituir a técnica de citologia oncológica (Papanicolaou) para a detecção do câncer cervical pela hibridização, ou seja, tipagem viral. Como hoje se tem certeza de que o câncer de colo é uma doença sexualmente transmissível e um dos fatores etiológicos fundamentais é o vírus do papiloma humano (HPV), o certo seria diagnosticá-lo precocemente, antes que causasse o câncer, e tratá-lo nessa fase.

Isso é válido para a Suécia, onde o diagnóstico precoce e a detecção feitos por meio do Papanicolaou, de forma rotineira e durante várias décadas, praticamente acabaram com a mortalidade por câncer de colo uterino. A lógica é irrefutável. Entretanto, não existe lógica que fuja ao contexto no qual está inserida. Atualmente, o desafio para os escandinavos é prevenir primariamente, portanto, tipar e tratar os vírus HPV, substituindo-se, após décadas de um bom trabalho, a prevenção secundária (detecção) pela primária.

No Brasil, infelizmente, ainda morrem, todos os anos, cerca de 8 mil mulheres de câncer do colo uterino, número que vem crescendo. Além do mais, as técnicas de hibridização *in situ* custam pelo menos 20 vezes mais do que o teste de Papanicolaou e não estão disponíveis para exames maciços da população⁴³.

Claro que essas técnicas serão propagadas, para o maior enriquecimento dos laboratórios. É quase uma questão de dialética histórica: a presença do novo não exclui a permanência do passado com todos os seus inconvenientes. A lógica determina soluções que levem em conta a convivência do velho com o novo e esta é complexa e exige competência, seriedade e criatividade.

A importação acrítica de modelos (modismo) deve ser substituída pela capacidade de criar soluções alinhadas à nossa realidade. É isso que foi feito na Unicamp, a partir da década de 1968, com o Programa de Controle de Câncer Cérvico-Uterino de Campinas (PCCCUC) e que levou a região a ter uma mortalidade pela doença quatro vezes menor do que a brasileira e até um pouco menor que a dos EUA⁴⁴.

Outra armadilha importante é colocada pelos próprios epidemiólogos, com seus raciocínios matemáticos de custo-benefício. Uma das suas dúvidas existenciais diz respeito ao papel do diagnóstico precoce no câncer mamário *vis-à-vis* ao famoso *lead time bias*. Dizem eles que é muito provável que o diagnóstico precoce do câncer de mama não acrescente uma maior sobrevivência às pacientes, mas apenas adicione à sobrevivência a diferença de tempo entre o diagnóstico precoce e o diagnóstico tardio. Isso criaria um erro de interpretação estatística, por meio do qual se imagina que está prolongando a vida das pacientes, mas, na realidade, isso não ocorre, pois o câncer de mama é, desde o seu início, uma doença sistêmica.

43. Brasil. Inca. Para o Brasil, estimam-se 59.700 casos novos de câncer de mama, para cada ano do biênio 2018-2019, com um risco estimado de 56,33 casos a cada 100 mil mulheres (Tabela 1). Sem considerar os tumores de pele não melanoma, esse tipo de câncer também é o primeiro mais frequente nas mulheres das Regiões Sul (73,07/100 mil), Sudeste (69,50/100 mil), Centro-Oeste (51,96/100 mil) e Nordeste (40,36/100 mil). Na Região Norte, é o segundo tumor mais incidente (19,21/100 mil) (Tabelas 4, 12, 22, 27 e 32). Disponível em: <http://www1.inca.gov.br/estimativa/2018/sintese-de-resultados-comentarios.asp>. Acesso em: set 2019.

44. O autor não indicou a fonte da informação.

Entretanto, esquecem que o câncer de mama, como qualquer câncer em fase inicial, é sempre uma doença localizada e que em algum momento da sua história natural – e ninguém sabe exatamente as razões, até porque varia de pessoa para pessoa e de neoplasia para neoplasia – passa a ser sistêmica. Se fizermos o diagnóstico antes de ser sistêmica, podemos curar pacientes com procedimentos locais. Essa é a grande vantagem do diagnóstico precoce, que precisa ser feito cada vez mais cedo pela lógica de sua história natural.

Outrossim, esquecem-se que, no Brasil, o diagnóstico tardio em tumores com mais de 5 cm ou já disseminados é feito na maioria dos casos e que procedimentos dos mais diferentes tipos, sejam radiológicos ou mesmo clínicos, podem fazer o diagnóstico em estágios muito mais precoces e oferecer não só uma maior possibilidade de sobrevivência, como cirurgias menos mutilantes e até não mutilantes, proporcionando a essas pacientes melhor qualidade de vida.

Tanto essa questão quanto a anterior são fartamente propaladas nos meios acadêmicos, desvinculando o raciocínio “científico” da prática e permitindo que seja usado como argumento para não fazer o que precisa ser feito, desqualificando a ação que daria legitimidade à verdadeira ciência, pois ela (a experiência empírica) fertiliza o modelo teórico. Essa é a forma pela qual verdadeiramente caminha a ciência que constrói novas verdades.

Outro empecilho vem de certo esquematismo e exagero de taxonomia que se costuma fazer nas áreas acadêmicas, dando aos departamentos de medicina preventiva a tarefa de organizar as ações de prevenção e detecção.

De modo geral, essas ações precisam estar sob a responsabilidade de quem domina a matéria na prática da especialidade, e não de áreas estanques que as isolam baseadas em taxonomia, o que sempre tem certa artificialidade.

Para serem efetivas, as ações de prevenção e detecção precisam estar integradas às demais de diagnóstico ou tratamento, pois nunca se sabe onde começa o diagnóstico e o tratamento e onde termina a prevenção ou a detecção.

No Brasil, durante várias décadas, as ações de prevenção e detecção eram atribuições exclusivas do Ministério e das Secretarias de Saúde, que não podiam cauterizar colos de útero, enquanto as ações de tratamento competiam ao Inamps, que, por sua vez, não estava autorizado a fazer Papanicolaou. Por isso, ainda temos, em vários Estados brasileiros, o câncer do colo como principal causa de morte por câncer em mulheres. É um absurdo arcaico, mas real. Hoje a integração⁴⁵ já ocorreu na Constituição, mas, na prática, ainda continuam esquematismos semelhantes.

A questão do custo-benefício é também muito aventada e ocasiona erros estratégicos importantes. Em saúde, não se pode medir tudo pelo dinheiro. É necessário que sejam considerados outros valores, que se colocam acima das questões financeiras, e é preciso considerar, também, na avaliação do custo-benefício, o fato de que casos diagnosticados precocemente causam benefícios, mas geram despesas; embora, em médio prazo, permitam uma enorme economia.

45. Princípio da Integralidade. Conheça julgados do STF sobre o tema. Disponível em: <http://www.stf.jus.br/portal/constituicao/artigoBd.asp?item=1817>. Acesso em: set 2019.

Há vários trabalhos na literatura demonstrando que a diferença entre o custo do diagnóstico e o tratamento de casos avançados e casos iniciais varia de 5 a 10 vezes mais para os adiantados. Quando se faz prevenção, gasta-se hoje para economizar muito mais amanhã. Porém, a grande vantagem não é essa, mas, sim, a de se poupar vidas, diminuir o número de mutilações e melhorar a qualidade de vida de milhares de pessoas, um grande número delas produtivas no mercado de trabalho.

Uma prática atraente, por ser 'politicamente correta' e 'socialmente comvente', e que se aproveita dessas distorções e complexidades difíceis de serem convenientemente metabolizadas, é a das 'campanhas e mutirões'. Eles possibilitam que as áreas políticas usufruam do discurso da prevenção, como um método importante de propaganda. Por essa razão, é usual transformá-lo em 'campanha' ou mesmo 'mutirões' que motivem a imprensa, pois ambos precisam ser inaugurados, visitados e merecem ser registrados em textos e imagens. A campanha precisa, também, ir às ruas, sair da rotina e chamar a atenção.

A realidade, no entanto, é que as campanhas de hoje, salvo raríssimas exceções, são totalmente desnecessárias e absolutamente episódicas. Por um lado, as necessidades de prevenção são inúmeras, só para mulheres poderiam ocupar meia página, elencando-as: câncer de colo, mama, útero, vulva, vagina, pulmão, diabetes, hipertensão, osteoporose, Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST), infecção do trato reprodutivo, Aids etc. E os homens? E as crianças? Isso nos obrigaria a fazer não uma, mas um número incontável de campanhas e repeti-las a cada ano, o que é impossível.

A maior prova é que, apesar da sedução que exerce sobre os políticos, nunca foi feito. As 'campanhas' são sempre episódicas, o que inviabiliza o oferecimento de uma atenção médica séria e minimamente abrangente por meio dessa estratégia. Além do mais, para cuidar de sua saúde, uma mulher teria que pular de 'mutirão' em 'mutirão'?

Um exemplo foi a campanha de teste de Papanicolaou para mulheres com idade acima de 35 anos, realizada em 1998 em São Paulo e com a qual colaboramos a pedido do Ministério da Saúde. Foram examinadas 514.654 mulheres, e detectou-se um número muito menor de casos do que o esperado, 897 casos, portanto, 2,6 por mil, quando o esperado era, no mínimo, 12 casos por mil. Isso se deveu ao fato de se fazer citologia apenas em mulheres acima de 35 anos de idade, o que é um erro crasso do ponto de vista clínico e mesmo epidemiológico. Demonstra por parte dos técnicos um desconhecimento total da história natural da doença, pois o objetivo deveria ser o de diagnosticar o câncer não invasivo que ocorre abaixo dessa idade e que toda mulher com vida sexual ativa pode apresentar. Acrescentando-se a isso o fato de se ter pagado duas vezes mais pelos exames realizados na campanha, com um rendimento (em detecção) quatro vezes menor que o de rotina, podemos concluir que houve uma redução no índice de detecção, um substancial desperdício de recursos e uma baixa eficiência. Além do mais, perderam-se 252 mulheres com Papanicolaou positivo, que não puderam ser tratadas, porque seus endereços foram extraviados ou mal anotados, o que não ocorre quando uma mulher é paciente de um Centro de Saúde e mora perto dele⁴⁶.

46. Para saber mais sobre o assunto: pesquisa sobre o Programa Nacional de Combate ao Câncer de Colo de Útero. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/controlado-cancer-do-colo-do-uterio/historico-das-acoes>. Acesso em: set. 2019.

Essas campanhas – que têm se repetido para o combate de hérnias, câncer de próstata e cataratas – exemplificam o uso da ideia correta da prevenção, porém de forma desvinculada da modernidade que se deve dar à organização do SUS para atingir seu objetivo, que é a atenção integral à saúde.

Cria-se uma cortina de fumaça que acaba por encobrir a incompetência e a falta de eficiência de estruturar o SUS, oferecendo todas essas ações na rotina de um processo organizado, humano e sério.

Trata-se de um diversionismo político inserido no processo de saúde muitas vezes bem-intencionado, porém enviesado. A boa intenção reside no raciocínio e na esperança de que, feita a ‘campanha’, a ação passaria a ser incluída na rotina de modo permanente. Isso, entretanto, não tem ocorrido, exatamente pela desestruturação do SUS e pela descontinuidade das políticas públicas no setor.

Pode-se dizer que, geralmente, quando se lida com estamentos discriminados, têm-se ainda mais dificuldades; e estes podem ser mais uma das armadilhas, particularmente para as mulheres, nas quais persiste, de uma maneira intensa, o processo de discriminação e de dominação.

É são essas mesmas mulheres que ouvem um discurso preventivista, sem terem acesso a essas medidas dentro do sistema de saúde. Acabam usando-o somente quando há uma necessidade imperiosa, motivada por um sintoma que seja profundamente desagradável e nem sempre correspondendo a uma doença grave que pode evoluir surdamente.

A generalização desse burocratismo impeditivo e de falta de acolhimento torna o sistema público de saúde um grande e desorganizado pronto-socorro. Para comprová-lo, basta visitar os serviços de emergência dos hospitais públicos, que estão lotados, e compará-los com os ambulatórios e centros de saúde, mais vazios e, muitas vezes, ociosos. E tem sido nessas circunstâncias que sucessivos governos fazem e repetem o discurso de prevenção!

Essas armadilhas são muitas e constantes para serem casuais. Podem até ocorrer por ignorância ou por elucubrações acadêmicas, teóricas, fora do contexto, porém foram usadas intencional e sofisticadamente para implementar uma política de saúde inserida em mercantilismo imposto, cuja intenção é transformar saúde em mercadoria e, para isso, negá-la como direito.

Usa-se um discurso ‘politicamente correto’ para justificar uma prática socialmente injusta, até porque esse aparente dilema, complexo e cheio de armadilhas, pode ser resolvido pela organização de sistema de saúde, horizontalizando-se todas essas ações – na rotina do atendimento médico e na atenção primária –, priorizando-as de acordo com critérios de risco relacionados com a idade, sexo e outras peculiaridades.

Uma ‘campanha’ só é necessária, verticalizando determinadas ações, quando se quer conhecer a viabilidade, a eficácia e a eficiência de um determinado método e quando há resistência da população em praticá-lo. Isso foi feito com Papanicolaou 70 anos atrás.

Hoje, o correto é colocá-lo na rotina, em que, aliás, já está, inclusive no Brasil. Bastaria expandi-lo e desburocratizá-lo.

No fim dos anos 2000, os jornais publicaram pesquisa encomendada ao Instituto Brasileiro de Opinião Pública e Estatística (Ibope), pelo Ministério da Saúde, relacionada com o que pensava a população sobre o setor⁴⁷. É sempre bom saber como o povo está percebendo o Sistema de Saúde. Entretanto, o Ministério e as Secretarias de Saúde já deveriam sabê-lo, de antemão, se vivenciassem o dia a dia da questão.

Outrossim, política de saúde não pode ser definida em função de pesquisa de opinião, especialmente se essa pesquisa é feita somente com as usuárias que foram atendidas, mas, sim, construída em função do panorama epidemiológico de morbidade, mortalidade, custo-benefício, pesquisas clínicas e operacionais contínuas, um sentimento profundo de solidariedade humana e do convencimento de que saúde (como está na Constituição) é um direito, e não uma mercadoria (como quer a globalização) ou um favor (como ainda pensa a cultura nacional dos desamparados).

Voltemos aos relatórios do Ibope e suas obviedades. Afirmavam que a demanda dos serviços públicos aumentaria com a crise econômica e com a migração de pessoas do setor privado para o SUS; que o SUS ainda não estava consolidado; que a maioria não sabia que saúde é um direito de todos e um dever do Estado; que as pequenas empresas de planos de saúde estavam falindo, pois a regulamentação favorecera as grandes, particularmente as multinacionais.

Havia, entretanto, um ponto que era consensual: todos entendiam ser importante prevenir as doenças. Nada de novo ou de interessante para os que pensam saúde. O pior, entretanto, é que o Ministério da Saúde, possivelmente em 'consequência dessa pesquisa', continua a fazer um discurso que prioriza a detecção precoce como a única solução para os problemas de saúde, e aí entram o discurso politicamente correto e seus efeitos aqui já relatados.

Esse discurso sofismático de 40 anos atrás tem, entretanto, um endereço certo no processo de submissão acrítica do governo ao neoliberalismo imposto: a aceitação passiva da proposta do Banco Mundial que se resume no Programa de Atenção Básica (PAB), ao oferecer alguma prevenção barata para os desamparados, que ficam privados dos diagnósticos e tratamentos mais complexos e mesmo de prevenção moderna e abrangente, reservada aos que têm poder de compra até nos próprios órgãos públicos de melhor nível.

Essa é a focalização distorcida e perversa de Saúde 'pobre para os pobres' e 'saúde de mercado para quem tem algum recurso'. Na realidade, o Banco Mundial e o FMI, que instruem os projetos e a política de saúde no País, usam o modelo americano, confundindo SUS com o *Medicare*, que é uma oferta de saúde precária aos pobres e indigentes, enquanto a proposta do SUS é de um sistema universal, para todos e eficiente.

Os hospitais universitários estaduais têm sido liberados e concitados a vender serviços e destinar seu melhor quinhão àqueles que podem pagar – é a 'segunda porta' à qual me referi antes, institucionalizada com tanta força que o próprio Ministério Público não teve

47. CNI/Ibope (Confederação Nacional da Indústria/Instituto Brasileiro de Pesquisa); 1999. Pesquisa de Opinião.

até agora como impedi-la, apesar de uma ação interposta, cuja leitura da preliminar se assemelha a uma peça de acusação criminal.

Tudo isso acaba significando, em outras palavras, saúde preventiva pobre para os pobres (R\$ 0,80 por habitante/mês que é o que o PAB dava para as prefeituras⁴⁸), institucionalizando duas saúdes, a dos que podem pagar e compram planos de saúde, frequentemente enganosos (30% da população), e a dos que não podem (70% da população).

Essa ‘priorização’ da prevenção, como é apresentada, significa um sofisma, esconde uma absurda discriminação sanitária contra os que não podem pagar pela sua saúde, que passam a ser tratados como animais de uso industrial, em que se mede o custo-benefício de cada ação preventiva, diagnóstica e terapêutica, concluindo-se ‘valer a pena’ somente as ações preventivas baratas, excluindo-se a maior parte dos diagnósticos e tratamentos caros, cujo custo-benefício não é considerado compensador para aqueles que não têm como pagá-lo.

Como se pode perceber, a pesquisa de opinião e o modismo retrógrado de prevenção como panaceia, facilmente aceito pela imprensa leiga, na realidade, não passam de desculpas para seguir as determinações do Banco Mundial/FMI, de como os governos dos países periféricos devem gerenciar, no mundo globalizado, a saúde dos que não podem pagar e, com isso, estimular todos aqueles que têm algum recurso a adquirir no mercado seu plano de saúde.

É necessário sobrar dinheiro suficiente para pagamento de bancos, juros da dívida etc. Para isso, e não para a saúde, foi criada a CPMF. Por meio desse imposto, recolheu-se mais de R\$ 30 bilhões/ano que, absurdamente, não foram acrescentados ao orçamento da saúde. A única medida positiva e assim mesmo tímida em relação ao financiamento da Saúde foi a EC nº 29 (durante o Ministério de José Serra) que, realmente, causou um aumento de recursos para o setor público de saúde.

As palavras são duras, mas a realidade tem sido esta, quando se submete servilmente todas as políticas públicas brasileiras a uma lógica de mercado, que vem de fora para dentro do País e que visa nos colocar como simples consumidores das nações ricas, para onde transferimos a nossa riqueza e os nossos empregos.

Não quero parecer iconoclasta e, muito menos, contrário à prevenção de doenças. As pesquisas mais recentes mostram que devemos expandir a prevenção, particularmente a primária, pois 50% dos anos de vida perdidos pela humanidade decorrem de hábitos de vida e meio ambiente (life style); 20%, de questões genéticas ainda imutáveis; e apenas 30% provenientes de procedimentos de diagnóstico e tratamento, que é o que fazemos prioritariamente.

48. Brasil. Ministério da Saúde. Fundo Nacional de Saúde: “Os valores mínimos utilizados para efeito do cálculo do montante de recursos a ser transferido do Fundo Nacional de Saúde aos Fundos de Saúde dos Municípios e do Distrito Federal permanecem R\$ 28,00 (vinte e oito reais), R\$ 26,00 (vinte e seis reais), R\$ 24,00 (vinte e quatro reais) e R\$ 23,00 (vinte e três reais) por habitante ao ano, com base nos grupos em que os municípios são distribuídos, conforme a Portaria nº 3.947, de 28 de dezembro de 2017”. [internet]. 03 mar 2018 [acesso em 2019 set]. Disponível em: <http://portalfns.saude.gov.br/slideshow/1978-fns-repassa-r-429-1-mi-lhoes-para-pab-fixo>.

Recuperam-se, com essas pesquisas, os ensinamentos de um intelectual médico brasileiro esquecido, Antônio da Silva Melo⁴⁹, que, no início do século passado, bradava contrariamente à antinomia abstrata e nociva entre razão e instinto; recupera-se, também, a puericultura de Pedro de Alcântara⁵⁰, o conceito de Atenção Materno-Infantil de Fernando Figueira⁵¹, a medicina hipocrática, e torna-se moderna a medicina chinesa. Entretanto, para fazê-lo, é preciso vencer essas armadilhas, desmascarar os sofismas, lutar contra um modelo neoliberal de políticas públicas, o que é muito difícil.

Acima de tudo, entretanto, é preciso inovar em termos estratégicos, sem copiar modelos que geralmente são ectópicos e descolados do nosso contexto histórico, social, da nossa epidemiologia e viabilidade econômica. As características fundamentais do novo modelo a ser implantado são as de delegar funções, integrar ações de prevenção com as de diagnóstico e tratamento, no mesmo momento e no mesmo lugar, até porque fazem parte de um *continuum* inseparável, e iniciar um processo constante de pesquisa operacional.

Este foi um dos projetos do Hospital Pérola Byington, que deu certo durante a década de 1990, tanto nas suas bases epidemiológicas e resultados de morbimortalidade quanto na opinião dos usuários. Mostrou, também, viabilidade econômica pela integração de procedimentos e pelo fato de que boa parte das ações de saúde eram praticadas por profissionais não médicos da área, porém treinados e supervisionados por médicos a cada ato realizado.

Eram atendidas – e bem – entre 2 mil e 3 mil mulheres por dia, com um orçamento restrito, em um prédio anexo ao hospital que fazia também todos os procedimentos de alta complexidade, além de promover pesquisa e ensino de pós-graduação.

A dicotomia cura/prevenção deve ser substituída por uma visão holística e integrada da prevenção primária, do diagnóstico precoce e da cura, dentro de novas metodologias e estratégias, que permitam a sua eficácia, viabilidade e universalidade.

Isso é modernidade em saúde. E acontece quando se coloca em primeiro lugar a necessidade, os direitos da população à saúde e sua satisfação plena e trata-se, em seguida, de viabilizar o modelo economicamente, por meio de estratégias inteligentes, experientes e informadas.

Para isso, é preciso fugir do modelo ‘campanhista’ arcaico, caro e frequentemente utilizado para fazer ‘política’ com ‘saúde’, pois tem o condão de encantar a imprensa e, por meio dela, a opinião pública.

Só quem conviveu imerso na intrincada área da saúde, durante 30 anos ou mais, pode praticar políticas públicas, pois elas têm uma complexidade inerente e difícil, mas é extremamente fácil compreender a sua necessidade e sentir os seus resultados. Todos, entretanto, deveriam ter sensibilidade para entender que estamos cuidando de 70% dos brasileiros que não podem pagar pela sua saúde, mas que pensam, sofrem e amam como os demais.

49. Antônio da Silva Melo. Médico, professor e ensaísta brasileiro.

50. Pedro de Alcântara Marconde Machado. Médico Pediatra, professor.

51. Fernando Jorge Simão dos Santos Figueira. Médico e professor brasileiro.

Felizmente, no final de 2004, o Relatório 'Prevenir Doenças Crônicas: um Investimento Vital'⁵², apresentado pela OMS, teve eco na imprensa brasileira. O documento chama a atenção para verdades que viemos apontando há mais de dez anos: os países em desenvolvimento e as populações mais pobres têm um incremento maior de mortalidade por doenças crônicas e degenerativas – as chamadas erroneamente de “doenças de ricos” – do que nos países desenvolvidos e nos estamentos mais ricos dos países pobres.

Reafirma o fato de conhecermos a maior parte das causas dessas doenças e podermos preveni-las por meio da correção dos fatores de riscos que as determinam, o que se dá, principalmente, por mudanças de hábitos de vida.

Demonstra, mais uma vez, que até o diagnóstico precoce e uma série de procedimentos médicos já se tornaram arcaicos (apesar de serem ainda necessários), pois podemos prevenir primariamente; e, por fim, apresenta dois fatos numericamente contundentes: se trabalharmos com educação para a saúde e mudança de hábitos de vida, podemos reduzir 80% das mortes por doenças crônico-degenerativas, principalmente cardiovasculares, e 40% das mortes por câncer.

Em função desses fatos, poderíamos dar um enorme salto de qualidade com a atuação eficiente na educação para a saúde em todos os níveis, do coletivo ao individual. A maior dificuldade para essa tarefa é garantir o convencimento e a mudança de hábitos, considerar as diferenças individuais de riscos e culturas e escolher o processo pedagógico e estratégico mais eficiente, com custo-benefício viável.

Considerando tudo isso, iniciamos, há 10 anos, uma pesquisa multidisciplinar no Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo (USP) e no CLAP⁵³, na qual desenvolvemos um modo informatizado de avaliar os fatores de riscos individuais, para as 12 principais doenças em mulheres, incluindo-se as crônicas degenerativas e o câncer.

A usuária responde a um questionário com 90 perguntas pelo computador ou por uma ficha pré-codificada e, em alguns segundos, recebe uma avaliação de risco para cada uma dessas doenças e tem apontada ainda as razões desses riscos (baixo, médio ou alto) no seu caso específico. Inicia-se assim um processo de Educação para a Saúde, individualizado, de qualidade e impacto, pois a avaliação é customizada. Finalmente, o programa, avaliando os hábitos e riscos dessa mulher, aconselha a manter ou alterar padrões de comportamento. Tudo isso pode ser impresso, levado para casa, estudado, lido, relido e discutido com a família.

Em 13.112 casos avaliados em mulheres provenientes do ambulatório do Hospital das Clínicas e de várias outras instituições, percebeu-se que os fatores de risco estão ligados às maiores causas de mortalidade e variam amplamente em diferentes níveis sociais, bairros, instituições etc., o que nos permite avaliar especificamente a saúde de diferentes estamentos populacionais.

52. Organização Pan-Americana da Saúde. Organização Mundial da Saúde. Prevenção de Doenças Crônicas: um investimento vital. OMS [internet]. 2005 [acesso em 2019 ago]. Disponível em: https://www.who.int/chp/chronic_disease_report/part1_port.pdf.

53. Clínica Professor José Aristodemo Pinotti.

A aceitação do questionário foi muito boa, e o impacto sobre a mudança de comportamento bastante apreciável. O médico, ou qualquer outro profissional de Saúde, se fosse fazer este trabalho pessoalmente, levaria de cinco a seis horas pelo menos e, talvez, com algum grau de imperfeição. O programa no computador faz tudo em 15 minutos.

Concluiu-se que esta é uma forma adequada de Educação para a Saúde informatizada, customizada e que pode ser universalizada com um custo extremamente baixo. Vários protocolos tiveram origem nesse questionário informatizado, um deles sobre casos de alto risco de Câncer de Mama.

Demos continuidade à aplicação desses questionários na população de São Paulo, por meio de alguns Telecentros, promovendo a inclusão digital e Prevenção Primária, ao mesmo tempo. Com este tipo de atuação, podemos conquistar, por intermédio da educação, avanços no aprimoramento da Saúde de milhões de pessoas e comprovadamente reduzir a mortalidade.

Em pesquisas anteriores, a OMS e a Organização das Nações Unidas (ONU) já demonstraram que 50% dos anos de vida perdidos podem ser economizados com Educação para a Saúde, o que custa muito pouco.

O subdesenvolvimento, com todos os seus inconvenientes, oferece uma oportunidade: subir vários degraus ao mesmo tempo. Em geral, por questões educacionais, políticas e culturais, isso não é feito. Em saúde, hoje, esse é o salto que devemos dar, baseados em tendências já definidas e integrando saúde e educação.

1.7 MODERNIZAÇÃO CIENTÍFICO-TECNOLÓGICA E QUALIDADE DE VIDA

O desenvolvimento tem sido sempre visto como um processo que depende das mágicas da política econômica, sendo frequentemente relacionado com o conceito de Produto Interno Bruto (PIB), com as usinas hidroelétricas, com as grandes estradas, com o combate à inflação, com a privatização e coisas afins. Qualidade de vida tem sido definida por meio dos padrões das culturas centrais e pela imitação do modo de vida desses países. Internamente, as classes de menor poder aquisitivo procuram adotar os padrões das classes dominantes. Ciência e tecnologia transitam no fechado mundo da inteligência, pautando-se pela procura, por vezes cega e obsessiva, de inovações.

Aparentemente, a ciência não questiona seu divórcio com o bem-estar e com o desenvolvimento, contribuindo com naturalidade para a fabricação de armas convencionais, nucleares e tecnologias de ponta, cujos produtos atendem apenas às necessidades dos países desenvolvidos e são impingidos ao ‘terceiro mundo’⁵⁴.

54. Para Robert Zoellick, ex-presidente do Banco Mundial, o antigo conceito de “Terceiro Mundo” já não se aplica mais à atual economia global multipolar e é necessário um novo enfoque para levar em conta os interesses dos países em desenvolvimento. Disponível em: <https://www.worldbank.org/pt/news/press-release/2010/04/14/old-concept-of-third-world-outdated-zoellick-says>. Acesso em: set 2019.

Nos países em desenvolvimento, o cenário atual é de uma ciência que trabalha muito mais na direção do atendimento das necessidades dos países ricos e do poder econômico internacional do que para a melhoria da qualidade de vida da população.

Se quisermos ter uma visão holística, moderna e correta do processo de desenvolvimento, é preciso redefinir os conceitos de 'desenvolvimento' e 'qualidade de vida'.

O desenvolvimento para o 'terceiro mundo' não significa apenas a construção de grandes obras públicas, (pseudo) saneamento econômico nem a absorção passiva de pacotes tecnológicos sofisticados, que não contribuem diretamente para a solução dos nossos problemas mais cruciais e esvaziam nossos cofres.

Se aceitarmos desenvolvimento e qualidade de vida em um só conceito, considerando-os faces da mesma moeda; e se, por outro lado, aceitarmos, como afirmou Brecht (1898-1956), que a ciência só tem sentido se trabalhar para a humanidade, não haverá dificuldade em integrar os conceitos e a prática da ciência e tecnologia com qualidade de vida e desenvolvimento.

Isso só será possível, entretanto, se os cientistas tiverem uma visão global do processo, aceitarem que a ciência é um dos componentes do desenvolvimento, mas não o único e mais importante, sabendo também, em consequência, que não podemos resolver problemas topicamente.

A história recente está plena de exemplos nesse sentido, particularmente fora do âmbito científico, como a luta do movimento feminista, enfrentando seus próprios extremismos até se encontrar e valorizar a ternura mais do que a força física; a evolução da arte, passando pelos maneirismos e chegando à contemporaneidade, em que a profundidade no corte histórico é livre e depende da capacidade poética e estética do artista; o próprio desenvolvimento de certos países, que compatibilizam diferenças étnicas, religiosas e culturais em prol da qualidade de vida.

No entanto, no campo da ciência, essa visão holística só se cumprirá quando cientistas e políticos definirem as prioridades do processo de desenvolvimento e as estratégias científicas e tecnológicas em compatibilidade com esse entendimento.

Nesse sentido, merece reflexão a obra monumental de Gunnar Myrdal, *O Drama Asiático*⁵⁵, em que o autor afirma que o *brain-drain*, já tão pernicioso, é substituído pelo aproveitamento dos nossos esforços internos em benefício do exterior, o que passou a ser mais percebido e intensificado com a globalização. Coisas desse gênero devem ser evitadas. Não creio, entretanto, que se deva tomar uma posição similar à proposta pelos anticientistas. Entendo não ser essa, em absoluto, a posição correta. Podemos nos beneficiar com a ciência, desde que a pesquisa seja orientada por nossas prioridades, dentro do determinismo histórico que as ilumina.

Ao falarmos em prioridade, devemos nos ater aos limites espaciais e temporais. Obviamente, as prioridades mudam com o passar do tempo e de região. O não reconhecimento desse fato histórico provoca distorções no desenvolvimento científico.

55. Myrdal, G. *Asian Drama An Inquire Into the Poverty of the Nations*. 1º ed. New York: Editora Random House; 1968.

Na realidade, há o perigo já referido de se fazer uma ciência mimética que irá apenas beneficiar as nações já industrializadas, forçando jovens cientistas a lidar com os problemas ditados por universidades ou centros de pesquisa estrangeiros e, dessa maneira, contribuindo para ampliar o fosso cultural entre países centrais e periféricos.

Quero analisar alguns pontos genéricos, mas que me parecem fundamentais quando se coloca, lado a lado, qualidade de vida, desenvolvimento, ciência e tecnologia.

O primeiro deles está relacionado com a tradição cultural dos povos. Deve-se fazer ciência respeitando a cultura, pois não se melhora a qualidade de vida rompendo-se com as tradições culturais e desrespeitando-se o modo de ser de um povo.

Os cientistas devem conviver ampla e intensamente com pensadores humanistas. Se não houver um tempero humanístico na ciência, ela continuará a construir armas sofisticadas e não trabalhará o bem-estar dos homens.

O segundo ponto diz respeito à interdisciplinaridade. Naturalmente, o ataque a problemas relevantes só pode ser feito por meio da interdisciplinaridade, que deve estar presente desde o início da formação do cientista.

Deve-se ter sempre em mente que o conhecimento especializado é nada mais que um aspecto da resolução do problema, e qualquer resultado que se obtenha deve, direta ou indiretamente, a curto ou longo prazo, refletir-se na melhoria das condições de vida do homem comum.

Outro aspecto é a criatividade. A peculiaridade de nossa situação de nação em desenvolvimento requer um alto nível de criatividade na aplicação da ciência a uma problemática até agora desconhecida.

Esse ponto requer uma fundamentação filosófica profunda, tendo sido amplamente discutido em diferentes ensaios por Ubiratan D'Ambrósio⁵⁶, como nesta reflexão que avança na ética social do processo:

Criatividade científica em profundo relacionamento com o ambiente cultural dificilmente será atingida num contexto disciplinar fragmentado. A ambientação cultural de um sistema educacional e científico será, provavelmente, o fato mais relevante no ensino e pesquisa modernos, sobretudo nos países menos desenvolvidos. Uma análise ampla da natureza e finalidade de se fazer ciência e tecnologia em países em desenvolvimento, assim como a necessidade de acelerar o processo de formação de cientistas e tecnólogos, trazendo as descobertas e inovações para o nível do cidadão comum, é um passo para se criar uma rede transdisciplinar de pesquisa científica e tecnológica relevante para o enfrentamento dos problemas dos países em desenvolvimento.

56. Doutor em matemática. Teórico da educação matemática e pioneiro no estudo da etnomatemática. É professor emérito da Universidade Estadual de Campinas (Unicamp).

Passemos agora à complexa questão da transferência de conhecimentos científicos e tecnológicos que, embora reconheçamos ter uma série de problemas, é ainda o meio mais rápido de promover avanços tecnológicos em países menos desenvolvidos.

Distinguimos com Ubiratan D'Ambrósio o aspecto da pura transferência do produto terminado, que, na verdade, não traz vantagens reais ao País, dos benefícios subsidiários de tal transferência, dificilmente contabilizáveis em resultados diretos, mas que, provavelmente, representam a mais importante consequência da operação.

Entre esses resultados 'marginais', consideramos importantes a implantação e o estabelecimento de serviços auxiliares e de suporte colateral para a transferência e utilização de novas tecnologias. O crescimento de um sistema estruturado de pesquisa pode ser o benefício de longo prazo mais importante de tal transferência.

Uma meta mais imediata é a geração de competência popular em ciência e tecnologia, resultante da simples presença de indústrias e de alguns aparatos tecnológicos um pouco mais sofisticados que lhe são correlatos. Na verdade, a simples transferência de tecnologia deve ser considerada basicamente como um estágio temporário e inicial da construção de um arcabouço científico e tecnológico.

Entretanto, na maioria, senão em todos os casos, a tecnologia é transferida como um produto acabado e não adaptado ao país receptor. Um esforço de adaptação, muitas vezes trocando detalhes e raramente traduzindo as raízes socioculturais, não muda o caráter da transferência tecnológica. Essa tecnologia traz não só um componente cultural estranho no meio, mas também promove a dependência de outras tecnologias correlatas.

Esse é o círculo vicioso do desenvolvimento dependente tão bem conhecido pelo governo brasileiro, que atuou na bancada governista no Congresso Nacional de modo totalmente inadequado na lei das patentes⁵⁷ e no Projeto Sistema de Vigilância da Amazônia (Sivam)⁵⁸, que são bons (ou melhor, maus) exemplos das transferências por pacotes fechados lesivos ao País.

Por outro lado, pela adoção cuidadosa de uma transferência de tecnologia não permanente, os benefícios subsidiários mencionados acima podem resultar no estabelecimento permanente de uma competência tecnológica popular que, auxiliada pela implantação de um arcabouço científico, pode gerar futuramente tecnologias inseridas nas raízes socioculturais do país receptor.

Essa posição é oposta à rejeição pura e simples de tecnologias avançadas em favor da chamada pequena, baixa ou intermediária tecnologia, ou, em uma terminologia muito delicada, tecnologia adequada. É ilusório pensar que a tecnologia adequada, quando sinônimo de baixa tecnologia, pode enfrentar os enormes problemas do subdesenvolvimento,

57. Brasil. Lei nº 9.279, de 14 de maio de 1996. Regula direitos e obrigações relativos à propriedade industrial. Brasília: DF. Diário Oficial da União [internet]. 1996 [acesso em 2019 set]; Seção 1 - 15/5/1996, Página 8353. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L9279.htm.

58. Brasil. Câmara dos Deputados. O Sistema de Vigilância da Amazônia (Sivam) faz parte Sistema de Proteção da Amazônia (Sipam), responsável pelo controle ambiental, o desenvolvimento regional, o controle do tráfego aéreo, a coordenação de emergências, o monitoramento das condições meteorológicas e o controle de ações de contrabando. Disponível em: <https://www.camara.leg.br/noticias/55929-o-que-e-o-sivam/>. Acesso em: set 2019.

os quais, pela sua magnitude e pela necessidade de atendimento rápido, necessitam de instrumental científico e tecnológico dos mais sofisticados.

Sem dúvida, a escolha de tecnologia com poucos efeitos colaterais negativos, como as que utilizam energias não poluentes, é de alta importância e, de fato, representa um estágio mais avançado de desenvolvimento e uma inegável sofisticação científica e tecnológica.

No entanto, tais preocupações resultam de um estágio mais avançado de desenvolvimento. É ilusão pensar que podemos partir de um nível científico e tecnológico praticamente zero para uma situação avançada nesse campo, a exemplo da tecnologia não poluente, sem passar pelo estágio intermediário de introduzir uma prática científico-tecnológica na grande massa da população.

A formação de elites científicas capazes de criar soluções ideais para nossos problemas resulta, inevitavelmente, dessa integração entre o correto sentido do desenvolvimento e uma inteligente implementação da pesquisa.

Nesse sentido, a atitude dos pesquisadores seniores é que vai determinar a atitude dos jovens que se formam sob sua orientação. Ao atingir a idade madura, os cientistas se conscientizam das misérias do mundo que os cercam e das condições realmente precárias em que vivem seus semelhantes. Todavia, isso ocorre geralmente em uma idade em que a criatividade e a imaginação, características dos jovens cientistas, já são menos poderosas. Se não fizermos algum esforço para transmitir aos iniciantes as angústias dos cientistas mais maduros, dificilmente vamos canalizar a criatividade vibrante dos jovens para uma produção socialmente mais relevante, particularmente no terreno da saúde.

O problema é complexo e multifacetado. Se quisermos melhor sintetizá-lo e compreendê-lo, será pelo caminho da ética entre as pessoas e entre os povos. Não podemos mais viver sem remorsos em um mundo no qual os bilhões de dólares gastos anualmente em armas seriam suficientes para, em menos de dois anos, acabar completamente com a fome e a miséria dos países do Terceiro Mundo.

1.8 A SAÚDE E SEUS PARADIGMAS DE INOVAÇÃO

Temos um sistema de saúde perfeito na Constituição e deficiente na prática. Até o início dos anos 1990, estava em curso uma verdadeira revolução na saúde brasileira. Com a implantação do SUDS na prática e do SUS na Constituição, avançaram: descentralização, universalização, hierarquização de ações e abriram-se grandes perspectivas de melhora.

A incorporação dos desassistidos e a adesão da classe média ao sistema público começaram a ocorrer de forma acelerada. A partir daí, inicia-se a contrarreforma orientada e sob pressão do Banco Mundial e do FMI, conforme já dito, assumida pelos governos que se sucederam.

Essa reforma vem retirando gradativamente a responsabilidade do governo sobre a saúde, privatizando, de modo equivocado, hospitais públicos, inclusive os universitários, e abrindo espaços para planos de saúde que passam a atender a classe média de forma

precária. De direito, a saúde vai-se transformando em mercadoria. A população carente e a classe média vêm sendo, de formas diferentes, cada vez mais marginalizadas.

Em 1995, tentou-se institucionalizar essa política mudando a Constituição (art. 196) com a PEC da Saúde, que felizmente foi derrubada⁵⁹. Entretanto, isso não tem impedido a realização de mudanças sob pressão do poder econômico e ao arrepio da Carta Magna, contrariando até os conceitos de democracia, que, segundo Bobbio (1909-2004), significa a imposição de limites ao domínio do econômico, ao jogo da acumulação e do enriquecimento privado para preservar as condições de vida, o meio ambiente, a saúde psicológica dos indivíduos submetidos à ‘socialização’ do mercado.

Não há qualquer preocupação duradoura com a construção do sistema da saúde no âmbito do Governo Federal, que vira uma colcha de retalhos: os programas e projetos são episódicos, pontuais, parciais, fragmentados, variando desde mutirões necessários, mas que não representam soluções permanentes.

Além disso, aplicar mais verbas (sem engodos como o da CPMF, que não lhe acrescentou recursos) e respeitar a EC 29, após a qual houve realmente aumento significativo de recursos para a saúde, colocando o orçamento da saúde vinculado a uma percentagem crescente do PIB, até atingirmos pelo menos 5%, que é o mínimo aceitável para um país como o nosso, e com isso dobrar-se-ia o orçamento. Acima de tudo, é preciso usar bem o orçamento disponível, descentralizando-o para os gestores locais e fazendo com que o Ministério e as secretarias estaduais assumam o papel normatizador e programático perdidos.

A proposta de corrigir o uso que as elites econômicas fazem do sistema público gratuito, tirando a prioridade dos carentes, tem causado pressões corporativas econômicas, determinando outro erro: o de institucionalizar esse uso, especialmente o dos hospitais e serviços diagnósticos de referência.

O discurso preventivo precisa deixar de ser excludente, deixar de ser discurso e vir para a concretude, com seriedade e modernidade. Para isso, é necessário integrar ações preventivas e curativas e delegar funções para, ao mesmo tempo, melhorar qualidade, universalizar e introduzir educação para saúde e avaliação de riscos, como parte essencial da atenção primária, diferenciando detecção de prevenção primária.

Existem alguns exemplos bem-sucedidos de projetos com esse conceito no Brasil, publicados e repetidos no exterior, mas aqui ignorados e/ou desativados. É por todas essas razões que, no Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), estamos derrapando há anos; e em situação ainda pior na saúde.

Isso tudo é constrangedor, mas aponta para uma grande esperança: na saúde, encontra-se a maior oportunidade de progresso social se saltarmos o já mencionado fosso entre tudo que sabemos e podemos e o pouco que fazemos, de fato. Para isso, precisamos implementar propostas criativas obtidas em processo contínuo de pesquisa operacional e adaptadas à nossa realidade, o que acontecerá se deixarmos de ser submissos e trouxermos para dentro do sistema os pensadores de saúde brasileiros.

59. Brasil. Proposta de Emenda à Constituição – PEC 32/1995. Modifica a redação do artigo 196 da Constituição Federal. Essa PEC teve como Relator da Comissão Especial o Deputado José Pinotti. Disponível em: <https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/fichade tramitacao?idProposicao=169281>. Acesso em: set 2019.

É também fundamental que o governo mude o enfoque do desenvolvimento monetarista para o de desenvolvimento humano, em que ele não será medido por inflação baixa ou *superavit* fiscal, mas significará, como meta a ser alcançada, uma vida digna para a maioria do povo brasileiro.

É perfeitamente possível a convivência de um regime capitalista como o nosso com uma saúde que ofereça equidade. Há vários exemplos no mundo. Essa utopia é mais do que possível se houver vontade política.

Aliás, o SUS deu seus primeiros passos nos anos de ditadura militar com as AIS e funcionou bem nos anos 1980, no período de transição, sendo que, paradoxalmente, foi-se deteriorando no contexto do nosso regime democrático, a partir dos anos 1990.

A preocupação do Governo Federal com saúde deve se estender à classe média, hoje, empobrecida. A regulamentação dos planos de saúde no Congresso obedeceu aos objetivos do Banco Mundial e do FMI, com a retirada da responsabilidade do governo sobre a saúde de importante parcela da população. Isso foi feito contra a opinião do Conselho Nacional de Saúde (CNS), de todas as entidades de classes profissionais e associações de usuários.

Houve um acordo entre Congresso, banqueiros e planos de saúde, assumido docilmente pela Relatoria, contra a sociedade, tornando lucrativos os planos a serem vendidos para relevante parcela da população. Foram aprovados planos parciais, exclusões imorais e aumentos desonestos nas mensalidades. Agora, depois que o proletariado e a classe média os compraram e começam a usá-los, pois doenças verdadeiras e graves acontecem, os Institutos de Defesa do Consumidor (Procons, Idecs) e jornais ficam repletos de reclamações trágicas; e a ANS vai tomando medidas que inviabilizam os planos e prejudicam ainda mais o usuário.

A imprensa, frequentemente desprovida de uma reflexão mais profunda, esquece o passado e não consegue analisar a questão pela sua grande complexidade.

O cidadão imaginou que comprando planos baratos seria atendido bem e melhor do que no SUS; e enganou-se. O médico imaginou que seria mais bem remunerado e teria condições mais adequadas de trabalho. Enganou-se também e hoje percebe que não só não as tem como está frustrado em sua vocação, que o fez escolher a profissão para praticá-la ética e humanisticamente.

Nada é definitivo em saúde. Mudam constantemente a epidemiologia, a tecnologia e o conhecimento. O sistema deve ser constantemente submetido à pesquisa operacional e à mudança para ser útil, contemporâneo e eficiente.

Para dar uma característica prática operacional às mudanças necessárias, é preciso definir alguns aspectos básicos e prioritários do processo de modernização do sistema de saúde, a fim de que ele retorne aos princípios do SUS, com modernidade, obediência à Constituição e submissão aos interesses dos usuários:

Princípio 1 – Unificação do sistema: os órgãos dirigentes do sistema devem ser únicos a cada nível de governo e devem se responsabilizar pela integralidade das ações de saúde, preventivas de detecção, curativas e de reabilitação. Essa unificação permite a congregação dos recursos e a sua otimização em termos de maior amplitude de ações e melhores resultados;

Princípio 2 – Descentralização do gerenciamento: todas as instituições internacionais de saúde, há mais de duas décadas, vêm preconizando a criação dos sistemas locais de saúde como forma de modernizar a organização do setor. O gerenciamento dos serviços de saúde deve estar o mais próximo possível dos usuários para que seus problemas administrativos, técnicos e operacionais sejam equacionados de forma desburocratizada, permitindo-lhes maior eficiência e eficácia. Com essa característica, a população tem mais condições de exercer o controle social, isto é, o poder de participar e reivindicar um sistema justo que atenda às suas necessidades;

Para que esses dois pontos sejam possíveis, há necessidade de um terceiro:

Princípio 3 – Programação e Orçamentação Integradas (POI): Por meio desse princípio todos os recursos existentes para o oferecimento de ações e serviços de saúde devem estar somados e administrados sem qualquer limitação ou restrição na instância de governo que será o responsável pelo seu gerenciamento. Isso é básico para permitir que a administração se faça com eficiência e efetividade, que ela seja ágil e adequada em termos de custo, a fim de que os objetivos possam ser atingidos pela compatibilização das necessidades expressas epidemiologicamente, com os recursos disponíveis para satisfazê-las. É também indispensável que o repasse de recursos se faça de forma desburocratizada para possibilitar o cumprimento pleno das obrigações e compromissos assumidos. Qualquer dificuldade burocrática interposta determina problemas que agravam o quadro, principalmente em relação a gastos desnecessários, que reduzem os recursos existentes para atividades-fim e atrasam a efetivação das ações planejadas;

Princípio 4 – Financiamento próprio: por meio de arrecadação específica em nível descentralizado, evitando situações dúbias e irreais, e garantindo, além de um financiamento estável para a saúde, uma alça curta de recolhimento, uso que permite maior controle social e, conseqüentemente, reduz o desperdício;

Princípio 5 – Delegação de funções: a única forma de oferecer saúde de boa qualidade, humana, abrangente e para todos, dispondo de recursos limitados, é a tática da delegação de funções do médico para outros trabalhadores de saúde treinados e constantemente supervisionados por ele, criando o conceito e a prática do trabalho em equipe;

Princípio 6 – Integração de ações: os programas verticais de prevenção e diagnóstico precoce devem dar lugar a programas de ações integradas de saúde, tratando-se o usuário como um todo e não como um órgão ou uma doença de cada vez, com práticas arcaicas e campanhistas. Para isso, é necessário integrar ações de atendimento da demanda sentida com intervenções epidemiológicas preventivas. É um processo moderno, necessário e possível. Isso significa aproveitar a motivação do paciente de ir procurar atendimento por algum sintoma, em geral de menor importância, para oferecer, nessa mesma hora e local, os procedimentos preventivos e de diagnóstico precoce necessários para sua idade e sexo;

Princípio 7 – Referência e contrarreferência organizadas: colocando a atenção primária como a área nuclear do processo. Para ela devem ser referidos os casos levantados pelos projetos, agentes comunitários e médicos de família e, quando necessário, esses casos são encaminhados para os hospitais e ambulatórios de referência;

Princípio 8 – Porta de entrada: a atenção primária deve se transformar gradativamente no núcleo fundamental do sistema. Para isso não temos como adotar o modelo inglês do *General Practitioner* (GP), o americano centrado na figura do especialista. Uma boa solução seria o atendimento por meio de equipes multiprofissionais, com comando e supervisão do médico, em três setores diversos: mulher, criança e adulto, especialmente o idoso. Na atenção primária, o usuário deve, também, ter o poder para acessar, com resolutividade, os ambulatórios e hospitais de referência, até que o sistema se organize, pois ele não pode ser prejudicado por falta de organização do sistema de referência e contrarreferência, que já deveria estar organizado há muito tempo.

Esses oito princípios, que são técnicos e têm bases conceituais sólidas, visam corrigir as crônicas distorções existentes no sistema de saúde do País. Eles só poderão ser aplicados se mudanças filosóficas ocorrerem no sentido de reverter o fluxo de privatização acrítica, já apontado neste livro.

Em síntese, é possível apurar as causas e esquematizar soluções da crise na saúde brasileira, o que depende das questões políticas maiores e do financiamento, além dos procedimentos de gestão propriamente ditos.

Tudo isso sem contar a questão mais relevante, que se refere aos recursos humanos: médicos e equipe de saúde precisam ter condições de trabalho e salários compatíveis com a relevância de suas tarefas, além de formação adequada e treinamento contínuo.

1.9 PROPOSIÇÕES EMERGENCIAIS EM SAÚDE

Há retrocessos e avanços no atual sistema de saúde, mas ainda há muito por avançar e corrigir. Era de se esperar que experiências bem-sucedidas que ocorreram em alguns estados pudessem, a partir de 1991, ser reforçadas e multiplicadas pelo País com as adaptações necessárias. Surpreendentemente, isso não aconteceu.

Ao contrário, a partir de 1990, o que foi identificado como 'contrarreforma da saúde' transformou o município de gestor em prestador de serviços, pagando-lhe como tal; e afastou o apoio dos Ersa na gestão da saúde municipal. Conforme já explicitado, o Inamps reassume papel normatizador do sistema. Para manter a sua permanência, as mudanças por toda uma década e foram passadas ao Congresso e à imprensa como 'modernas e descentralizadas'. Reitero que, no meu entender, não são modernas, e, sim, representam um retrocesso.

Esse panorama não mudou muito. Sucessivos ministros da Saúde tentaram diferentes caminhos. Conforme já disse, Adib Jatene trabalhou arduamente a questão do financiamento (aprovou a CPMF que acabou sendo desvirtuada pelo governo), e José Serra retomou os programas verticais preventivos, conseguiu vinculação e aumento dos recursos (EC 29), que valeu para os estados e municípios, mas até hoje não cumprida e regulamentada pelo

Governo Federal; consolidou o controle da Aids e pôs em prática o projeto de genéricos, aprovado no Congresso Nacional.

Em todas as gestões, não houve avanço na estruturação do sistema de acordo com a Constituição, que obriga, de forma moderna, a universalização da atenção à saúde, a hierarquização das ações e a descentralização do gerenciamento.

A municipalização tornou-se apenas uma ação burocrática, na qual se delegaram responsabilidades sem projetos ou programas e não são repassados recursos suficientes para seu cumprimento. O PAB, que significou – até 2003 – a ínfima quantia de R\$ 11,00 por habitante ao ano, acabou sendo usado como paliativo para as deficiências gritantes de saúde, em vez de apoiar programas modernos de prevenção integrados em nível da atenção primária.

O Programa Médico de Família, que se iniciou em São Paulo como experiência-piloto em 1989, foi implantado pelo Ministério da Saúde e prosperou, com resultados discutíveis e dificuldades até hoje difíceis de superar: é caro, a grande maioria dos médicos não tem treinamento específico para exercê-lo e a atenção primária não tem eficiência, bom acolhimento, fácil acesso e resolutividade para referendar sua demanda.

Com a prosperidade dos planos de saúde sob o discurso de ‘estado enxuto’, o sistema público, por sua vez, acabou ficando reduzido ao PAB e à gestão de alguns hospitais de referência, com sérias dificuldades econômicas que os estão levando, com a conivência dos governantes, a se privatizarem parcialmente por meio da prática da ‘segunda porta’.

Ao retomar a questão da saúde no Brasil, é preciso ter em mente a história recente, que, frequentemente, é esquecida por questões políticas menores, mas que na saúde ofereceu princípios e modelos estruturais bem-sucedidos (infelizmente não universalizados), que podem ser avaliados, aprimorados e adequados às diversas situações e acrescentados pelos avanços que se comprovarem como necessários.

1.10 UM RESUMO TRISTE: O ESTRAGO DA CONTRARREFORMA

O então ministro José Gomes Temporão, a quem aprecio pela visão de uma saúde equitativa e por ter sido discípulo do meu amigo Sérgio Arouca, publicou na Folha de S. Paulo, em 26 de abril de 2009, artigo esperançoso de que o STF possa solucionar a questão da judicialização dos medicamentos, incômoda à magistratura e aos cofres da saúde.

Isso será feito, mais uma vez, para compensar um Legislativo inerte e a falta de uma gestão eficiente. Todavia, o STF foi mais longe e inquiriu sobre o direito do cidadão à saúde,



<https://bit.ly/2OkfZbe>

Audiência Pública da Saúde no STF

QR Code 8

fraudes e distorções do sistema e desvios constitucionais. Acertou, pois é disso que estamos necessitando, conforme breve histórico da nossa saúde e suas principais e incontáveis fraudes, que se acumulam.

Após a Segunda Grande Guerra, estabeleceu-se um antissistema de saúde: Santas Casas ajudadas pela comunidade e médicos atendendo a desvalidos, Ministério da Saúde e Estados fazendo 'saúde pública' com programas verticalizados de doenças infecciosas e o Inamps, que congregou os inúmeros Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAP) e cuidava do diagnóstico e tratamento, tudo sem integração e com resultados inexpressivos.

Nos anos 1980, com o enfraquecimento do regime militar, os ventos que sopraram do *Welfare State* europeu e seus sistemas nacionais de saúde, os pensadores de saúde brasileiros ganharam força para defender um sistema nacional equitativo; e, desde o início do governo Sarney, foi possível implantar modelos nessa direção, como o Suds em São Paulo e outros, cujos resultados de cobertura, acesso, acolhimento foram excelentes e começaram a se multiplicar no País. Realizada a 8ª Conferência Nacional de Saúde (VIII CNS), o SUS entrou na Constituição, e seus princípios foram para a prática. Foi a década mais rica e produtiva para a saúde pública.

A partir dos anos 1990, inicia-se um processo entrópico, monetarista, neoliberal, que estoura, agora, nessa crise econômica que vivemos. No seu bojo, a intenção clara de privatizar, com objetivos de lucro, as grandes políticas públicas como: educação, previdência e saúde. As emendas constitucionais são aprovadas, resistindo a da saúde, a única derrubada, mas não se consegue resistir às pressões⁶⁰. A contrarreforma privatizante é avassaladora.

O Congresso aprovou, em 1996, a 'malfadada' Lei das Patentes, razão fundamental desse processo de judicialização, sem as salvaguardas recomendadas internacionalmente, de fabricação local e interregno, destruindo a indústria farmoquímica brasileira e nos tornando dependentes. Hoje compramos produtos de diversos países, como a Índia, embora tenhamos mais de 1.200 indústrias farmoquímicas.

A saúde pública se privatiza legal e ilegalmente, criando o que existe hoje: uma saúde pobre para os pobres remanescentes do SUS e uma saúde no mercado para quem tem dinheiro para pagá-la e fugir das filas, da espera e dos maus-tratos. Essa situação caótica do SUS é a maior propaganda para a aquisição dos planos de saúde.

Os Governos aproveitam-se da retirada total da classe média do SUS, uma vez que esta tem maior possibilidade de exercer um controle social sobre sistema, ao contrário dos que lá ficaram, que ainda entendem a saúde como favor, e não como direito. Além do mais, os que dirigem o sistema não o utilizam: o Governo, o Legislativo, as estatais compram para si planos de saúde.

A ANS e o Congresso permitem, há dez anos, ao arrepio da Constituição e da Lei nº 9.656/98, que os planos cobrem do usuário e utilizem, para procedimentos mais caros, o sistema público sem ressarcir-lo, conforme já se mencionou.

60. Brasil. Proposta de Emenda à Constituição – PEC 32/1995. Modifica a redação do artigo 196 da Constituição Federal. Essa PEC teve como Relator da Comissão Especial o Deputado José Pinotti. Disponível em: <https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/fichade tramitacao?idProposicao=169281>. Acesso em: set 2019.

Por dentro do SUS, nessa ânsia de parasitar e transferir dinheiro público para o setor privado, terceiriza-se tudo, desde lavanderia, cozinha e segurança, até serviços especializados de anestesia, diálise, clínica médica, cirúrgica e a própria direção de hospitais. Sangra-se o público, abandonando a possibilidade de uma política de Estado da saúde.

Essa política é a base estratégica de um sistema único e equitativo, que, em análises internacionais consistentes, tem sido o caminho para obter melhores resultados e uma melhor relação custo-benefício, a exemplo de Inglaterra, Canadá e Taiwan, países capitalistas, com sistemas de saúde socialistas e excelentes resultados.

CAPÍTULO 2

2. RECURSOS HUMANOS

Um hospital, ou qualquer unidade de saúde, funciona bem ou mal em função, principalmente, dos seus recursos humanos. Eles precisam ser bem formados e treinados continuamente, porém, também, e principalmente, valorizados e incorporados nos objetivos, bem liderados e, acima de tudo, remunerados com dignidade.

Não há um só governo que não diga em seus discursos que prioriza a saúde, mas, além de pagarem salários indignos a seus servidores, não se preocupam com qualquer dos fatores acima citados. Isso é de um cinismo indesculpável e somente aceito em um país deseducado e despolitizado, com um Legislativo dominado pelo Executivo e pelos *lobbies*, sem poder ou mesmo vontade para corrigir essa situação.

Não se consegue implantar o exame de proficiência que, realizado experimentalmente, reprova 60% dos recém-formados em Medicina¹; e mesmo sem a qualificação necessária, esses novos médicos, quando recebem seus diplomas, adquirem o direito de exercer qualquer especialidade médica ou cirúrgica.

Também não há impedimentos à multiplicação das faculdades de Medicina, e, o que é pior, as existentes e precárias não são fechadas. A maioria delas não tem hospitais-escolas e seu contrato com os que existem muitas vezes são fraudulentos.

Os médicos, mal pagos e mal treinados, não cumprem horários, tornando o acesso e o acolhimento em burocracias inviáveis para os pacientes. Os demais trabalhadores de saúde são mal pagos, desvalorizados e abandonados a uma situação arcaica de funções.

O corporativismo impede a delegação de funções e adaptação à modernidade e aos novos cenários epidemiológicos e de conhecimento. Apesar de ser legítimo, não é colocado no devido lugar por governos que não enfrentam com seriedade, pelo medo eleitoral, seus exageros e descolamentos.

No setor privado, os profissionais de saúde são pessimamente pagos e não têm proteção da ANS para exercer sua profissão com o mínimo de ética.

Os planos de saúde aumentaram a mensalidade dos usuários em 350% nos últimos oito anos, acima da inflação, sem melhoria de honorários médicos². O processo de credenciamento e descredenciamento não tem qualquer critério a não ser render lucros às operadoras, e isso vai agravando, de forma progressiva, a relação ética entre médico e paciente.

1. O autor não mencionou o ano a que se refere a informação. Entretanto, ainda nos dias de hoje, o exame de proficiência é experimental e tem elevados índices de reprovação. Disponível em: https://www.cremesp.org.br/pdfs/Relatorio-Exame-Cremesp_certo.pdf. Acesso em: set 2019.

2. O autor não indicou a fonte da informação.

Enfim, o sistema de saúde, que se privatiza galopantemente, não se preocupa também com o que há de mais relevante, que são os recursos humanos, o que contribui para o agravamento dos resultados. O mais triste é que a maioria dos jovens que decidem por uma profissão de saúde o fazem de modo vocacionado e legítimo e, ao longo do tempo, são desmotivados por essa situação.

2.1 RECURSOS HUMANOS NA SAÚDE

O fator mais importante para a eficiência, humanidade, universalidade, bom acolhimento e fácil acesso a um sistema de saúde são os recursos humanos. Saúde pode até ser feita em prédios modestos e com equipamentos que não sejam de última geração, mas é impossível executá-la bem sem médicos, enfermeiros, atendentes, assistentes e demais profissionais de saúde treinados, motivados e com as condições de trabalho preservadas.

O incrível é que, com todo o potencial humano que o SUS possui, governantes que se sucedem procuram construir saúde com tijolos, telhas, equipamentos, novas promessas, sem valorizar o essencial, que são os trabalhadores da saúde.

Talvez, perdoem-me a sinceridade, porque construções e empreiteiras trazem vantagens adicionais aos dirigentes; e os recursos humanos, ao contrário, dão muito trabalho com treinamento, orientação e elaboração de projetos e programas.

Uma demonstração cabal da pouca valorização dos recursos humanos em saúde foi a autorização e o estímulo para demissões voluntárias, ocorrido no auge do neoliberalismo (anos 1990), que nos fez perder os melhores quadros da saúde pública para o setor privado; com o desmando da 'aposentadoria voluntária', que, obviamente, acabou tirando do sistema os mais capazes, ou seja, aqueles que conseguiam um emprego mais facilmente ao se aposentarem precocemente. Foi também uma demonstração nítida da intenção do governo de favorecer a privatização do setor.

De todas as agressões praticadas contra o sistema de saúde e a saúde do usuário, a mais grave tem sido a falta de valorização e de respeito aos recursos humanos. Os trabalhadores de saúde, com raras exceções, têm sido, ao longo do tempo, pessimamente pagos e desmotivados. Não se tem oferecido a eles uma oportunidade de treinamento continuado, carreiras justas e, muito menos, projetos de saúde que consigam entusiasmar e suscitar o idealismo e a fraternidade que existem em todos eles, sem os quais não teriam escolhido essa profissão.

Um médico ganha, atualmente, nos serviços públicos, salários diferentes nos diversos níveis ou localidades; e, salvo raras exceções, são muito baixos. Suas perspectivas de carreira são absolutamente inexistentes. Os demais trabalhadores de saúde recebem salários igualmente pouco dignos, e as condições de trabalho e perspectivas são ainda piores.

Temos médicos em número suficiente no Brasil, mas o importante é aprimorar a sua formação por meio de modificações curriculares concretas e mediante um processo de atualização contínuo que parta das necessidades conjunturais de saúde verificadas pelo próprio sistema. Na realidade, os sistemas estaduais de saúde deveriam ter suas universidades corporativas para fazê-lo, o que daria muito mais objetividade ao processo.

É até possível imaginar que o desmonte do sistema público para facilitar a privatização, intenção e objetivo do neoliberalismo, teve como principal estratégia essas agressões aos trabalhadores de saúde. Essa foi a 'pá de cal' no sistema público e demonstrou, com clareza, a intenção do próprio governo de desmontá-lo e substituí-lo pela privatização. Ou seja, conseguimos manter o art. 196 na Constituição, mas os governos foram conseguindo formas de ludibriá-lo gradativa e eficientemente.

Houve, entretanto, momentos e locais em que se demonstrou claramente que, quando se oferecem condições e se valorizam os recursos humanos, eles respondem de maneira extremamente positiva.

O Hospital Pérola Byington, em São Paulo, público e estadual, tinha como uma de suas propostas tratar a mulher que não paga diretamente pela assistência médica da mesma forma que as mulheres de alto poder aquisitivo eram tratadas nas clínicas e hospitais privados que dispunham de alta tecnologia.

Os médicos e trabalhadores de saúde desse hospital ganhavam os mesmos salários que qualquer médico ou enfermeiro da rede, mas estavam motivados pela proposta, cumpriam horários e tarefas e tratavam as pacientes com humanidade e eficiência.

Com o correr dos anos e a alta produtividade, os médicos chegaram a dobrar seus vencimentos. Eles tinham nesse hospital, também, a possibilidade de treinamento continuado, aprimoramento profissional e de participarem de projetos de pesquisa com características acadêmicas, e se sentiram gratificados com isso. Eles perceberam também o quanto a direção do hospital lutava para oferecer condições e remuneração adequadas ao seu trabalho.

Outro exemplo: quando a Secretaria da Saúde do Estado de São Paulo, por meio da gratificação do Suds e do PGI (gratificação por mérito e local de trabalho), ofereceu salários minimamente justos, capacitou e ofereceu aos trabalhadores de saúde um projeto em que eles poderiam se engajar com o seu idealismo e espírito público, houve uma resposta muito positiva de todos.

Essa foi a principal causa dos bons resultados obtidos no período, não só em termos de maior cobertura, mas também de melhor qualidade de atendimento e diminuição dos índices de mortalidade.

Existem, é claro, vários outros exemplos no país.

O recurso humano é fundamental e, acima de tudo, viável. A relação custo-benefício dessas ações é a maior possível se comparada com outros investimentos no sistema de saúde. Se buscamos, como deve ser, a eficiência, a humanidade e a dignidade no trato com os pacientes, devemos investir nos recursos humanos.

É evidente, entretanto, que quando um governo deseja privatizar as políticas públicas das quais é gestor, ele tem todas as armas para desestabilizá-la, entre as quais a principal é pagar baixos salários, além de terminar com os direitos adquiridos na previdência social, estimular aposentadorias antes do tempo, demissões voluntárias etc.

Dessa forma, o governo fere de morte a eficiência da função pública, que é o seu trabalhador, e cumpre, facilmente e até com apoio popular, descaracterizado pela imprensa, seu desejo de privatização.

2.2 A FORMAÇÃO DO MÉDICO – A EXPERIÊNCIA DA UNICAMP – A PROLIFERAÇÃO DE FACULDADES E O EXAME DE PROFICIÊNCIA (‘DE ESTADO’)

Os debates do item anterior indicam que os dois grandes prejudicados no processo de contrarrevolução na saúde, iniciado nos anos 1990, e no de sua privatização acrítica – fenômenos já desnudados – foram o paciente e o profissional de saúde.

Se não modificarmos a situação dos recursos humanos, particularmente a do médico, não mudaremos o sistema, e o inverso também é verdadeiro, ou seja, é preciso mudar o sistema para propiciar ao médico melhores condições de trabalho e, concomitantemente, mudar a sua formação.

O ensino médico no Brasil, pelos problemas que vem acumulando, chegou a uma situação que se afigura crítica. Bastam três constatações: i) médicos cada vez em maior número, sem capacitação para atuação profissional e saindo de escolas sem estrutura suficiente, fenômeno que se agravou com o crescimento exagerado do número de faculdades de Medicina; ii) a busca precoce e frequente de especialização, fenômeno que se agrava por não existir proteção social à ação do médico (exame de Estado) e pelo retardo na organização adequada do sistema de saúde; iii) subemprego e o desemprego, que estão se agravando, e os pagamentos aviltantes dos médicos, tanto na rede pública como pelos planos de saúde.

Inúmeras tentativas de mudanças têm sido realizadas no ensino médico, a maioria delas sem êxito, exatamente por não levarem em consideração a globalidade do problema, abordando apenas seus aspectos parciais.

A solução por nós proposta e iniciada na Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp, nos anos 1970, atualizada e modificada para intitular-se “*O Ensino Médico por Objetivos, inserido na Rede de Saúde*”, com as seguintes características fundamentais: i) marco metodológico: aprendizado prioritariamente em serviços; ii) marco operacional: inserção do ensino na rede de saúde com prévia definição de objetivos educacionais; iii) marco organizacional: comissões curriculares e estrutura programática do currículo; vi) marco institucional: faculdades de Medicina inovadora e multiprofissional; v) marco filosófico: equacionar os problemas de saúde do País.

Dada a complexidade do problema, a fim de que se possa apresentá-lo adequadamente sem incorrer nos mesmos erros anteriores, é preciso que se analise previamente alguns aspectos da atual situação do ensino da Medicina.

2.2.1 A EDUCAÇÃO MÉDICA INSERIDA NO CONTEXTO DO PAÍS E A ESCOLA NOVA

O aumento brusco e não planejado de faculdades de Medicina no Brasil elevou esse fato à categoria de problema. Isso ocorreu de maneira difusa e simultânea, com preca-

riedade de recursos humanos e financeiros e sem a existência de padrões viáveis para a implementação de novas escolas.

Disso decorre o grande número atual de escolas médicas novas, que enfrentam sérios problemas ideológicos e de recursos. Somente a conscientização da lógica interna desse fenômeno, por parte não só das faculdades recém-criadas como também dos organismos responsáveis pelo setor da saúde e educação, poderá levar à utilização racional de esforços no sentido de solucionar os problemas identificados.

A ausência de planejamento, os hospitais disponíveis, a pressão exercida pelos excedentes, as próprias forças políticas oriundas do municipalismo, do status profissional do médico, de alguns recursos facilmente mobilizáveis por essas forças realmente fizeram com que houvesse essa explosão de faculdades.

A escola nova, assim formada, sem planejamento adequado, sem ideologia própria, com deficiências de recursos financeiros e humanos, particularmente sem qualidade, usa, como modelo, inevitavelmente, a faculdade tradicional, gerando dessa forma uma 'faculdade de implantação tipo tradicional', que, em relação às características da 'faculdade tradicional', apresenta, como diferenças fundamentais: ausência de pesquisa e ausência ou escassa prestação de serviços.

Acresce-se a isso a natural deficiência de recursos financeiros e a grande dificuldade no recrutamento do corpo docente, constituído, em geral, por professores aposentados, recém-formados descontentes das faculdades antigas, professores itinerantes e médicos locais. O corpo docente assim constituído é, na maior parte das vezes, mal remunerado, em pequeno número e trabalhando predominantemente em regime de tempo parcial.

Desse quadro, decorre o estabelecimento do ensino médico como núcleo central da instituição, que, por não possuir pesquisa e prestação de serviços organizados, acaba por limitar o próprio desenvolvimento desse núcleo central. Por outro lado, as próprias forças políticas municipais, que contribuíram para sua criação, exercem interferência no sentido de manter domínio sobre a instituição.

Tal etapa se caracteriza por intensa instabilidade estrutural. Do balanço das forças internas, a faculdade poderá caminhar para uma das seguintes direções: i) uma configuração tradicional, pelo predomínio dos grupos conservadores e fluxo de recursos econômicos, passando por um processo de diferenciação quantitativa, reforçando suas características e vindo, por sua vez, a funcionar como parâmetro para criação de novas faculdades; ii) uma configuração tradicional, essencialmente descompromissada, em que a deficiência de recursos econômicos impossibilita uma diferenciação quantitativa, levando a: atividade de pesquisa e prestação de serviços precários; e, estabelecimento, por parte de docentes e discentes, de fortes interesses (profissionais e de aprendizado) fora da faculdade. Desses dois aspectos, decorre o desenvolvimento de uma estrutura extremamente resistente à mudança. Ou ainda, iii) uma configuração inovadora, sendo que a transformação de cada característica tradicional em inovadora constitui um subprocesso de transição.

Deve-se fazer notar que cada transformação pode funcionar como sistema catalizador das demais. Uma vez constituída, a 'faculdade inovada' exercerá um efeito-demonstração

sobre o subsistema educacional, competindo, como parâmetro, com as 'faculdades tradicionais' no surgimento de nova unidade.

Entrará em conflito com o subsistema de atenção médica na tentativa de influir na implantação de um sistema de saúde planejado; atuará como agente de mudança ante a organização social no sentido de resolver as causas sociais das doenças, contribuindo para o desenvolvimento mais acelerado de uma sociedade de bem-estar físico, mental e social.

Escusado dizer, entretanto, que, até o momento, no Brasil, temos algumas poucas faculdades de medicina de 'modelo inovado', como o descrito aqui. Talvez tenhamos algumas passando pela fase 'dual', ou seja, pela tentativa de inovação, permanecendo a maioria no estado tradicional ou tradicional descompromissado.

É nesse contexto que se deve analisar as propostas de novas faculdades de Medicina. Devemos afastar as atitudes maniqueístas e analisar o problema de forma crítica, informada e contemporânea.

Implantar novas faculdades com modelos tradicionais, deficitários e descompromissados seria inadequado. Porém, avançar com modelos inovadores que possam, formando um número limitado de médicos, ser instrumentos eficientes do processo de mudança necessário é, sem dúvida, contribuir para o sistema de saúde do País.

Outro aspecto fundamental é o conteúdo humanístico do currículo, uma vez que a tecnologia não é, em si mesma, um bem ou um mal. Depende da forma de usá-la e isso se dá eticamente quando conseguimos passar para o médico um grande conteúdo de humanismo.

No que tange ao subprocesso de 'ensino', as transformações importantes são para a estrutura programática do currículo de formação multiprofissional, treinamento na rede de saúde e programas de extensão, sob a iniciativa da direção da faculdade, com grande participação docente.

É óbvio que a transformação dos outros subprocessos de 'pesquisa' e 'assistência' são fatores importantes para a inovação do ensino.

A experiência que vivemos na Faculdade de Medicina de Campinas, na década de 1970, foi a tentativa de sua transformação para uma configuração inovada. O resultado obtido com a Faculdade de Medicina da Unicamp pode ser verificado facilmente nos dias de hoje.

2.2.2 SISTEMA DE SAÚDE E SISTEMA DE ENSINO

Em trabalho que analisamos o sistema de saúde de um município do estado de São Paulo, por meio de abordagem sistêmica, concluímos que a ausência de um sistema institucional integrado de prestação de serviço de saúde redundava na diminuição da eficácia da atenção primária (qualidade inferior de serviço, resultados ruins em matéria de saúde), e de sua eficiência (custo operacional elevadíssimo, se considerarmos os resultados ruins obtidos).

Pode-se afirmar, também, que a ausência de integração do sistema de saúde com o sistema educacional formador dos profissionais de saúde redundou em prejuízos mútuos. Para o sistema de saúde, não são oferecidos profissionais de acordo com a demanda. O sistema educacional carente de serviços como meio de aprendizado tem dificuldade de utilizar o sistema de saúde, que poderia lhe oferecer campo fértil de ensino em serviço, que é o mais adaptado a uma profissão pragmática como a médica.

Dessa integração, resultariam profissionais adaptados às necessidades do sistema de saúde (visto que foram formados dentro dele) e de custo inferior, pois utilizar-se-ia a rede de serviços, como base para a sua formação.

Destaque-se que tem havido, por parte da Unicamp e da Unifesp, uma atuação mais efetiva nesse sentido. No caso da Unicamp, assumindo centros de saúde na região de Campinas e, no da Unifesp, vários hospitais da Região Metropolitana de São Paulo. Devemos festejar ambas as iniciativas.

2.2.3 ASPIRAÇÕES DO MÉDICO E NECESSIDADES DE SAÚDE DO PAÍS

Todo o ensino médico, idealisticamente, deve estar voltado para a necessidade de saúde do País. Entretanto, não pode deixar de encarar as aspirações individuais do médico, que são, obviamente, fundamentadas na análise que realiza do mercado de trabalho existente, base do cumprimento dessas aspirações.

Não se pode esquecer que a base fundamental para o aprendizado é a motivação. Quando um indivíduo se propõe a estudar medicina, baseia-se talvez muito mais nas suas aspirações humanísticas, sociais e econômicas do que no seu ideal de resolução dos problemas de saúde. Por essas razões, acreditamos que a faculdade de medicina, como instituição, deve tratar de influenciar decisivamente em propostas de solução da problemática de saúde de todo o Brasil.

O ensino médico, entretanto, deve objetivar a criação de elementos profissionais que tenham um lugar no mercado de trabalho, obviamente, com uma visão crítica do problema de atenção médica e, ao mesmo tempo, ampla dos grandes problemas de saúde do País, a ponto de poder adaptar-se às mudanças dos sistemas de saúde que objetivem melhores soluções.

Não é justo nem eficiente que se forme um tipo de profissional ajustado à solução de problemas para os quais o próprio sistema de saúde ainda não se ajustou e para o qual não haja mercado de trabalho adequado.

Por todas essas razões, é muito importante que se estudem adequadamente as aspirações do médico diante do mercado de trabalho e das necessidades de saúde para que se possa ter dentro da escola de Medicina o elemento fundamental para o aprendizado, que é a motivação.

A solução, em nosso entender, está em fazer com que as faculdades de Medicina despertem para suas outras obrigações sociais e passem a agir como um todo na criação de modelos de atenção médica individual ou coletiva que possam ser aceitos pela organização

do sistema de saúde e que deem, também, um cunho social e operacional às pesquisas que, até agora, têm sido quase exclusivamente biológicas.

2.2.4 O PROFESSOR DE MEDICINA E AS TENTATIVAS DE MUDANÇA

A formação do professor de medicina tem sido feita na linha de aprimoramento profissional e científico. Dele não se tem solicitado conhecimentos de didática, nem dos princípios fundamentais de psicologia do aprendizado. Como consequência, tem-se obtido, na grande maioria das vezes, um tipo de professor altamente especializado e sofisticado em sua área profissional, mas com experiência de ensino empírica e com todas as limitações daí decorrentes.

Por isso, as inúmeras tentativas de mudanças que ocorreram nas últimas décadas têm sido caracterizadas por visões muitas vezes parciais do problema, modismos e, frequentemente, por importação de modelos de ensino alienígenas, sem digestão prévia e, portanto, com pouca possibilidade de adaptação às nossas condições.

2.2.5 O ENSINO POR OBJETIVOS INSERIDO NA REDE DE SAÚDE

Após longos anos de experiência como professor de medicina, vivida em todos os degraus da carreira, até diretor de faculdade e reitor de universidade, esta me parece a fórmula mais lógica e adequada para a formação do médico e, como tal, talvez aparentemente mais complexa e trabalhosa.

Pressupõe a existência de uma rede de saúde piramidal, desde o hospital de referência até a comunidade, sob o comando da faculdade de medicina, oferecendo atenção médica integral à população. Não é necessário que a universidade construa essa rede, que pode e deve existir por meio da integração com a já existente, estatal ou previdenciária, com vantagens mútuas, por meio de convênios.

Sobre essa rede, será inserido o ensino médico, assim como o ensino de todas as profissões ligadas à saúde, sendo coordenado, cada curso, por uma comissão curricular. Algumas características desse modelo de ensino serão discutidas a seguir:

I – COMISSÕES CURRICULARES

Pode parecer difícil realizar tantos cursos quantas forem as profissões ligadas à área da saúde, dentro de um centro de saúde ou de uma faculdade de Ciências Médicas. Entretanto, não o é.

Os recursos e as oportunidades existentes dentro de uma faculdade que se coordene com uma rede de saúde, mesmo que pequena, são suficientes para formar todos ou quase todos os profissionais de saúde.

Para que isso ocorra, entretanto, e para que o ensino de cada um dos cursos tenha objetivos definidos e esteja desvinculado da decisão total e absoluta da área departamental, torna-se necessário criar comissões curriculares.

Particularmente, dentro do ensino médico, cabe ao departamento ou disciplina decidir sobre 'o quanto e como' terá de participação no currículo. No modelo atual, a direção da faculdade se limita a conceder um horário ao departamento e este decide sobre o restante, o que considera mais importante.

Equivocadamente, não toma conhecimento do que já foi ensinado, quais os conhecimentos e atitudes que o aluno traz de bagagem e que se relacionam com a área do departamento em pauta, ignora frequentemente os objetivos finais do currículo de graduação, bem como o que se está oferecendo concomitantemente a esse aluno. Isso traz não só duplicações inúteis no processo de ensino-aprendizado como proporciona verdadeiras lacunas importantes no currículo, que fica desprovido de objetividade.

A comissão de currículo, a ser integrada pela maioria dos professores vinculados ao curso médico, deve iniciar seus trabalhos definindo os objetivos gerais do currículo de graduação e dividindo, pelos departamentos responsáveis, a sua participação na obtenção desses mesmos objetivos, decidindo também, de comum acordo, a divisão de horário, a integração e demais particularidades do currículo.

Na faculdade de Medicina da Unicamp, na década de 1970, compôs-se uma comissão de currículo com essas características para a coordenação do curso médico, já bipartido pela divisão entre o Instituto de Biologia e a Faculdade de Medicina. Como era de se esperar, houve uma série de dificuldades iniciais, mas logo a seguir, a comissão começou a trabalhar frutiferamente, e modificações importantes e objetivas do currículo e de seu sistema de avaliação foram conseguidas.

Pela primeira vez, definiram-se adequadamente os objetivos gerais e os particulares de cada uma das disciplinas, em termos de comportamento terminal, que nortearam professores e alunos no seguimento do curso.

Outra vantagem importante da comissão de currículo é a de poder reavaliar, de forma quase constante, os objetivos do curso de graduação e, dessa maneira, modificá-lo constantemente de acordo com o diagnóstico de saúde das comunidades. Em outras palavras, a comissão de currículo traz ao ensino a conotação de um sistema cibernético, com feedback constante e preciso.

II – O ENSINO INSERIDO NO SERVIÇO

Como norma metodológica para o aprendizado, a fórmula proposta pressupõe a definição de objetivos educacionais e a consciência de que, por ser a medicina profissão pragmática, a melhor forma de ensiná-la é inserindo o ensino no serviço, ou seja, permitir que o aluno vá assumindo, de forma tutorada, responsabilidades gradualmente crescentes no trato com o paciente e dentro da rede de saúde.

Nesse particular, é importante lembrar um paradoxo tradicional. Se rememorarmos com objetividade a forma pela qual aprendemos o que hoje dispomos no nosso arsenal de conhecimentos médicos, vamos verificar que a maioria dessas atitudes foram auferidas não dentro de currículo de graduação oferecido nas escolas tradicionais onde estudamos, mas, sim, nas oportunidades (contingências educacionais) que tivemos de nos colocar

diante das situações (problemas) e de solucioná-las, tutoradamente, seja nas enfermarias, nas quais estagiamos voluntariamente, ou nos empregos que exercemos durante o curso.

Vamos também verificar que tudo ou quase tudo que utilizamos hoje na prática diária foi conseguido da forma acima descrita e, principalmente, na residência, em que o ensino é essencialmente pragmático e totalmente inserido no serviço.

O que chamo de paradoxo é o fato de, estando conscientes de que essa foi a forma por meio da qual aprendemos, quando nos tornamos professores de medicina e nos cabe a responsabilidade de compor um currículo, o fazemos da forma tradicional, às vezes copiando currículos das faculdades onde estudamos.

É preciso que se deixe de ensinar por ensinar e que se comece a ensinar para que o aluno aprenda. É preciso, também, que se comece a falar em aprendizado, e não em ensino.

A forma mais adequada na área médica, a nosso juízo, é inserir o aprendizado no serviço após definir apropriadamente os seus objetivos, desde os gerais até os mais particulares, pois só assim poderemos escolher a área em que devemos inserir o aprendizado para alcançar os objetivos previamente definidos.

Em síntese, o aspecto fundamental do ensino médico, no nosso entender, é o estabelecimento de contingências educacionais em função de objetivos previamente definidos. Nessas condições, o professor se torna, além de tutor, um planejador de ensino.

Na Faculdade de Medicina da Unicamp, após a comissão curricular ter definido todas as disciplinas e os objetivos do currículo de graduação, foi possível promover as mudanças da área de estágios de forma simples e segura. Conclui-se que certos estágios que estavam sendo realizados não ofereciam as oportunidades de atingir os objetivos desejados.

De maneira geral, no currículo de graduação, houve mudanças de estágios, realizados até então em enfermagem, para ambulatórios e, mesmo, para a comunidade. Tudo se fez de modo natural, dado o trabalho prévio de conscientização dos docentes sobre o ensino, aprendizagem e da definição de objetivos de cada disciplina, por meio da comissão de currículo.

III – DEFINIÇÃO DE OBJETIVOS EDUCACIONAIS

Os alunos, ao iniciarem seu curso em cada uma das disciplinas oferecidas, recebem um documento contendo os objetivos em termos de comportamento terminal, o sistema de avaliação que seria aplicado e a organização do curso, por meio de atividades práticas e teórico-práticas, com sua distribuição e horário.

Há uma série de vantagens. Constituía-se em um guia seguro para a avaliação do aluno, que, conhecendo o que se desejava, podia ser avaliado objetivamente e fazer o seu próprio julgamento do curso de forma consciente e objetiva.

Esse documento representava um guia importante para o aluno que, conhecendo a totalidade dos objetivos do curso, podia escolher os estudos e atividades superficiais e hierarquizar a importância das oportunidades oferecidas para o aprendizado de cada disciplina.

Do ponto de vista de planejamento de atividades docentes, a definição de objetivos tornou-se condição básica para o planejamento do curso, pois, de certa forma, é acaciano o fato de não ser possível planejar um curso sem conhecer adequadamente suas finalidades.

Por outro lado, a reavaliação anual da definição desses objetivos obriga seguramente os professores a rever o currículo em função dos avanços científicos ou os objetivos gerais do curso em função do próprio mercado de trabalho que se estabelece.

IV – INTEGRAÇÃO COM O SISTEMA DE SAÚDE LOCAL

A aparente complexidade do processo desaparece se imaginarmos conseguir uma integração entre algumas escolas médicas e redes locais de serviços de saúde após a conscientização do corpo docente e discente para esse tipo de trabalho.

Na Faculdade de Medicina de Campinas, que mantinha um convênio com o governo estadual para um projeto de medicina integral e integrada no município de Paulínia, a Kellogg Foundation, na década de 1970, aceitou o projeto para transformá-lo em um programa semelhante ao apresentado, incluindo a participação de toda a faculdade de Medicina e que se iniciou dentro da filosofia acima definida. Os resultados foram positivos e persistem até hoje.

O sistema de avaliação do curso pelos alunos, usado de forma ponderada, criou internamente um feedback importante para o sistema de ensino na Faculdade de Ciências Médicas e ofereceu aos professores, periodicamente (quatro vezes ao ano), por meio de um serviço que denominamos assessoria pedagógica, dirigida por dois pedagogos, o pensamento dos alunos a respeito de seus cursos.

Isso trouxe uma relação sadia entre aluno – professor – direção, com correção constante de pequenos problemas que afetavam o ensino das disciplinas. Como prova da eficácia desse sistema de avaliação, no decorrer dos meses que passaram, houve melhora gradual e constante da opinião dos alunos sobre todas as disciplinas.

V – PESQUISA OPERACIONAL E COM CONOTAÇÃO SOCIAL

Nesse complexo contexto, pressupõe-se, também, como ponto de importância fundamental, a existência da pesquisa, acrescentando ao caráter puramente biológico tradicionalmente existente uma conotação social e, incrementando-se a pesquisa operacional à educacional, objetivando aprimorar o modelo de atenção médica e o ensino, transformando-os em objetivos de investigação.

Como resultado, contamos com uma estrutura universitária realmente de vanguarda, propondo modelos de atenção médica e de ensino adequados à nossa realidade, com investigação voltada para os reais interesses dos nossos problemas de saúde, formando

todos os profissionais da área dentro da própria rede e com capacitação profissional para nela atuar imediata e eficazmente.

Aprendizado é, em última análise, a modificação do comportamento e o arsenal comportamental que se deseja de um médico. Está ligado à esfera cognitiva, emocional e psicomotora, portanto, não apenas à aquisição e à acumulação de conhecimentos novos.

Estamos convencidos de que a maneira mais eficiente de conseguir esse aprendizado é a de expor o estudante a situações-problema, se possível, reais, que envolvam esfera cognitiva, psicomotora e emocional, e tutorá-lo na busca das soluções.

Seguramente, ele sairá de cada nova situação enriquecido com um novo comportamento, e o conjunto deles será o resultante do aprendizado, previamente definido em forma de objetivos terminais.

Esse tipo de ensino não é novo; e Dewey (1859-1952), no início de século XX, já o apregoava como a melhor forma de se conseguir o aprendizado.

Não necessitamos, baseados na relação médico/população, de mais faculdades de Medicina, mas carecemos de uma modificação substancial do processo de formação do médico e dos demais profissionais de saúde.

Isso, seguramente, deveria ocorrer com a inovação das faculdades de Medicina existentes, processo difícil de ser realizado – e, sem dúvida, nem a implementação de algumas novas faculdades poderá, realmente, significar a certeza da mudança e da qualidade.

2.2.6 NOVAS FACULDADES DE MEDICINA

Antes de propor uma nova faculdade de Medicina, devemos fazer uma reflexão profunda sobre a situação da saúde do País, sobre a posição e produção atual das nossas escolas médicas e analisar, com cuidado, as diretrizes do Ministério da Educação e Cultura (MEC) e do CNS, que orientam para a formação de profissionais de saúde competentes a serem inseridos no sistema.

Esses profissionais atuarão de forma eficiente e humana, porém, com agilidade suficiente para trazer do laboratório de investigação os benefícios para os usuários e as críticas para promover mudanças que busquem constantemente uma melhor atenção à saúde da população.

Não faltam faculdades de medicina no País. Temos também uma razoável relação médico/habitantes, porém as nossas condições de saúde ainda são precárias e não condizem com o grau de desenvolvimento que atingimos, tampouco com a excelência da nossa medicina em alguns nichos de especialidades, localizados em certas áreas metropolitanas do País.

O problema não é simples, e sua solução depende de múltiplas ações em vários setores, inclusive na área de formação de profissionais de saúde, particularmente médicos. É preciso, nesse sentido, fugir de uma posição maniqueísta, pois, apesar de termos um excesso de faculdades e um número razoável de profissionais, as soluções não se resumem em bloquear a criação de novos cursos, mas passam por várias alternativas de mudanças

e aprimoramentos nas existentes, talvez encerramento de algumas e análise crítica e profunda de novas propostas.

Não é interessante, entretanto, propor novas faculdades de medicina ou modificações no currículo sem avaliar as profundas e recentes mudanças no mercado de trabalho do médico, pois esse mercado acaba moldando o currículo e, ao mesmo tempo, é modificado por ele.

Por isso, para caminharmos no sentido de modificar o sistema de saúde e o ensino médico, é preciso também conhecer o mercado em que será inserido e como nele se desenvolve o seu trabalho.

Nas décadas entre 1940 e 1970, os formandos em medicina eram em número inferior à demanda e atuavam nos IAP e nas clínicas privadas, adquirindo condições de vida bastante satisfatórias.

A busca pela carreira de médico se acelerou, e muitas faculdades foram abertas para atender à demanda, aumentando consideravelmente os profissionais disponíveis no mercado.

As AIS e a unificação dos institutos de assistência médica e aposentadoria promoveram uma nova perspectiva de mercado, que acabou se sedimentando com Suds e, em 1988, com o SUS inserido na Constituição Cidadã. Os médicos passaram a integrar os sistemas locais de saúde, acumulando atividades públicas e privadas por meio de cooperativas médicas e particulares.

Os proventos, ainda na década de 1980, eram satisfatórios, mas um grande número originado do 'código 7' do Inamps (honorários médicos)³. Na década de 1990, com a estabilidade monetária, essas tabelas ficaram congeladas.

A proposta liberal de redução do tamanho do estado levou a uma diminuição dos serviços públicos de saúde disponíveis, e os médicos se direcionaram aos planos de saúde, acreditando que a solução estaria neles. A busca da 'rica massa pobre' pelos pequenos planos de saúde transformou-se, na década de 1990, no principal mercado de trabalho dos egressos das escolas médicas.

A formação profissional insuficiente, a falta de possibilidade de atualização e honorários muito baixos (equivalentes aos do SUS) promovem uma série de fatores de descontentamento, que se refletem diretamente na assistência médica oferecida à população, demonstrando, mais uma vez, a importância da formação médica inserida no sistema de saúde.

As pressões dos planos de saúde contra gastos (exames desnecessários, internações longas, consumo crescente de medicação de terceira ou quarta geração), que elevam consideravelmente os seus custos operacionais, sendo estes totalmente desconhecidos dos médicos e jamais mencionados nos currículos médicos, têm causado tensões nos tratamentos, incluindo os hospitais que são colocados em situações críticas.

3. Para conhecer sobre o tema, consulte: <http://repositoriosanitaristas.conasems.org.br/jspui/bitstream/prefix/947/1/O%20pagamento%20dos%20profissionais%20de%20sa%C3%BAde%20que%20trabalham%20em%20hospitais%20pr%C3%B3prios%20e%20nos%20hospitais%20contratados%2C%20conveniados..pdf>. Acesso em: set 2019.

É importante destacar que os ajustes de mercado se fazem com grande rapidez, deixando a área da saúde, na maioria das vezes, sem direcionamento ou diretrizes mais claras.

Os faturamentos abertos foram substituídos pelos 'pacotes' (custo e preços fechados de procedimentos médicos e internações, independentemente de complicações e outros) e agora já se caminha para as terceirizações (valor fixo mensal para diferentes procedimentos sobre o número de vidas, com risco definido para essa patologia).

Hoje encontramos significativa dificuldade nos atendimentos SUS, (tabelas congeladas e incompatibilizadas com os custos que acompanham o dólar), planos de saúde com sérios problemas financeiros (principalmente os que atendem empresas, pelo aumento do desemprego) e diminuição de custos operacionais para reduzir aumentos de preços e inflação.

Os hospitais que tentaram se adequar aos preços contratados pelos planos de saúde, em dificuldades financeiras graves, diminuíram o número de leitos e dispensaram funcionários.

O usuário é o primeiro a sofrer os efeitos dessa crise, e, nesse contexto, o médico procura se defender, sem ter muitas alternativas de solução. Na realidade, há uma grande distância entre o conhecimento e a tecnologia existente e o que é realmente oferecido à população.

É esse o sumidouro que temos que saltar para que se possa evoluir no oferecimento de melhores condições de saúde à população e de trabalho e remuneração ao médico e equipe de saúde.

Um modelo importante para solução da problemática acima referida tem sido o que usa a equipe de saúde com delegação de funções, treinamento e supervisão, pois aumenta a abrangência do ato médico, no sentido da atenção integral que, entre outras experiências, demonstra a validade e a viabilidade dessa estratégia, inclusive na análise do custo-benefício.

O seu uso, nas fases iniciais do ensino médico, servirá de campo de observação e treinamento para os alunos, a fim de iniciá-los precocemente em uma nova visão do sistema de saúde que aponte para a solução efetiva dos problemas de saúde peculiares do nosso país.

Experiência que comprova a adequação e oportunidade desse modelo foi realizada no Centro de Referência da Saúde da Mulher e da Nutrição, Alimentação e Desenvolvimento Infantil (CRSMNADI), no período de maio de 1991 a outubro de 1998.

O CRSMNADI, mais conhecido como Hospital Pérola Byington, foi criado em 31 de janeiro de 1991 com a finalidade de atuar como hospital de referência terciária para tratar as doenças da mulher e da desnutrição infantil. O check-up realizado no seu ambulatório experimental incluía uma longa anamnese, respondida pela própria usuária, exame físico, exames laboratoriais, de imagem e culminava na consulta médica.

A paciente, assim preparada, demandava apenas oito minutos, em média, do trabalho do médico (o profissional mais caro da equipe de saúde). Pelos conceitos e práticas tradicionais, o médico que poderia atender a 16 consultas em 4 horas de

trabalho passou a atender a 30 nas mesmas 4 horas e melhor, pois o trabalho era feito em equipe.

O resultado dessa estratégia permitiu maior e melhor abrangência de atendimento e a satisfação das mulheres. Foi indiscutível o que acabou promovendo, sem qualquer recurso de mídia: um fluxo elevadíssimo de pacientes ao serviço, gerando também um impacto epidemiológico, além de desenvolver novo modelo.

De 200 atendimentos diários, passou-se rapidamente a 3 mil e sentiu-se necessidade de estendê-lo à periferia da cidade de São Paulo por ali estarem as mulheres que dele mais necessitavam.

Dez trailers e unidades móveis se deslocavam para essas áreas distantes do centro, realizando exames de prevenção e diagnóstico precoce em mais de 800 mulheres examinadas diariamente pelo Centro de Estudos e Pesquisas "Dr. João Amorim" (CEJAM).

Chegou-se a outubro de 1998 com um hospital que, de um prédio de dez andares, já contava com dois outros do mesmo porte, nas proximidades, além de outras casas menores, abrigando serviços específicos (Laboratório de Patologia Clínica, de Citologia etc.).

Observou-se que, nesse período (de 1991 a 1998), foi possível começar a inverter, na cidade de São Paulo, o estágio clínico do diagnóstico dos tumores malignos de mama e ginecológicos.

Para citar um só exemplo, em 1992, 75% das mulheres que procuravam o hospital com câncer de colo uterino o apresentavam em estágios III e IV. Em 1998, 90% das mulheres que procuraram o hospital eram portadoras de tumores nos estágios pré-invasivos, com 100% de possibilidades de cura e custos de tratamentos muito menores.

2.3 O PAPEL DA UNIVERSIDADE NO PROCESSO DE FORMAÇÃO HUMANÍSTICA

A condição *sine qua non* para termos saúde é termos educação. Não só pelo fato de trazer o sistema de saúde para um profissionalismo de melhor qualidade e humanidade, mas também porque a educação é relevante para que as pessoas possam cuidar da sua própria saúde, desde a prática da prevenção primária até o exercício de cidadania, na medida em que o processo pedagógico conscientiza cada um sobre seus direitos nesse setor.

Por essa razão, fazemos, neste capítulo, considerações prolongadas e de certa profundidade sobre o processo de ensino-aprendizagem no Brasil e o papel que a universidade tem nas mudanças urgentes e necessárias nesse setor.

O que preocupa a todos é que a universidade brasileira, particularmente a pública, tem formado profissionais que vão encontrar a barreira do desemprego e tem contribuído muito pouco para o desenvolvimento do País e para a formação de cidadãos e cidadãs.

Isso não é culpa exclusiva da universidade, uma vez que ela sofre as consequências da organização social e da crise política e econômica conjuntural pelas quais passamos.

Por outro lado, e paradoxalmente, cabe à universidade um papel fundamental, que ela não está cumprindo, na solução desta crise na qual foi mergulhado o nosso país, decorrente da sua inserção irresponsável em um processo neoliberal colonial.

Esse processo nos levou à venda do patrimônio nacional para pagar a dívida, aumentou a concentração de renda, agravou o desemprego, especialmente para os jovens, destruiu as políticas públicas nas áreas sociais, inviabilizou nossa indústria e agricultura e nos transformou em um simples e dócil mercado consumidor dos produtos manufaturados dos países ricos, para os quais passamos a exportar nossos empregos em vez de nossos produtos. Essa crise, repito, não teria chegado aonde chegou se tivéssemos uma classe média compromissada, um povo politicamente informado e com poder de participação e uma ciência e tecnologia desenvolvidas.

Tudo isso se consegue por meio da educação. Portanto, se a crise pela qual passa a educação brasileira é consequência da estrutura social, dos desmandos políticos e de um modelo equivocados de gestão para o País, a falta de um processo educacional moderno é uma causa relevante da própria crise.

Qual o significado desse raciocínio? É que nos encontramos no círculo vicioso do subdesenvolvimento, e um ponto nuclear da solução para romper esse nefasto processo entrópico está na reformulação radical da nossa política de educação.

Infelizmente, isso não foi sequer percebido pelas autoridades políticas brasileiras, por demais envolvidas com um modelo político puramente monetarista-liberal, bem descrito por André Malreaux (1901-1976) como o modelo que sabe o preço de tudo, mas não conhece o valor de nada.

Essa, entretanto, é apenas uma faceta da educação, a de impulsionar o desenvolvimento do País e de formar competentemente os jovens profissionais, para que eles possam conseguir emprego.

A outra faceta do processo pedagógico, tanto ou mais importante, é a educação para a ética, para a formação dos verdadeiros cidadãos e cidadãs e, também, como um meio de oferecer às pessoas a possibilidade de seguir a vocação da espécie humana, que é a de transcender.

Sobre a ética, tenho pouco a explicar. Pela própria etimologia da palavra *ethos*, que significa referir-se ao outro, é difícil de ser definida, mas pode ser facilmente compreendida, quando é praticada no contexto do respeito ao próximo, da ausência de discriminação e de um profundo humanismo.

Educar é tentar estabelecer um equilíbrio entre a educação para a sobrevivência e para a transcendência. Explico melhor: a educação tem sido, até hoje, na melhor das hipóteses, uma transferência de conhecimentos e modo de vida que oferece aos jovens a possibilidade de sobreviver dentro da sua cultura.

Isso ocorre no contexto das formas mais tribais da educação, até nas mais sofisticadas, mas não menos egoístas. Com a evolução da espécie humana – que existe diferenciada dos animais há 4 ou 5 milhões de anos –, foi-se acentuando a nossa diferença fundamental em relação aos animais: consciência do espaço temporal em que vivemos do começo e do fim da vida e uma intensa curiosidade sobre o que éramos antes e daquilo que iremos ser depois.

Ao penetrarmos conscientemente nesse campo desconhecido por meio do raciocínio, da filosofia e, por que não, da ciência, estaremos no caminho da transcendência. Aliás, toda a obra de Miguel de Unamuno (1864-1936) é permeada por essa angústia da dúvida e da busca da transcendência, como se pode sentir na sua obra maior, de 1913, *Del sentimiento trágico de la vida*.

É preciso que a educação nos prepare para esse caminho, com o qual poderemos entender melhor de onde viemos e para onde vamos. Isso nos tornará mais humildes, mais humanos e mais éticos. Esses dois aspectos, ética e transcendência, andam juntos e só obtêm êxito com maior abertura e conteúdo humanístico e filosófico cada vez maior no processo educativo.

Infelizmente, o ensino no Brasil se desvia dessas suas duas faces fundamentais: educação para desenvolvimento e emprego e educação para ética e transcendência, pois ele é arcaico e elitista.

É arcaico porque reproduz formas antigas e ultrapassadas de ensinar – não forma, só informa; não molda o cidadão, nem pode fazê-lo em um espaço tão curto de tempo que dispõe de contato entre o professor (ou a escola) e os alunos nos cursos primários e secundários.

Também pode fazê-lo quando despreza a importância da família, da mídia e da política na educação e joga a responsabilidade do processo educativo inteiro para uma escola que tem diminuído gradativamente o seu espaço temporal, físico e mesmo intelectual em relação aos alunos, particularmente no ensino público.

A educação é profundamente elitista, pois oferece muito mais na escola a quem tem mais em casa, quando, na realidade, se fosse democrática, ofereceria mais na escola para quem tem menos em casa.

O ensino nas creches e nas pré-escolas é abundante para aqueles cujas mães não precisam trabalhar e escasso para as que trabalham fora; primário e secundário são melhores nas escolas privadas do que nas públicas.

As universidades públicas, que, em geral, têm melhores condições e são gratuitas, são oferecidas, pelo mecanismo seletivo distorcido e econômico do 'vestibular'⁴, àqueles cujos pais têm dinheiro suficiente para pagar cursinhos, que ensinam a responder aos emburrecedores testes de múltipla escolha, cuja única utilidade é entrar na universidade.

4. No decorrer dos anos, houve alterações no processo seletivo para ingresso nas universidades, conforme é possível apurar em busca de informações sobre o Sistema de Seleção Unificada (SiSU) e o Exame Nacional do Ensino Médio (Enem).

O ensino com essas características só pode perpetuar e agravar a situação de concentração de renda, injustiça social e preparar uma burguesia descompromissada no círculo vicioso do subdesenvolvimento.

Evidentemente, a solução não é simples e passa por modificações desde a pré-escola até a universidade, continuando ao longo da vida dos cidadãos – modificações que não devem ser sequenciais, mas concomitantes, e que não jogam só para o futuro, pois, se concretizadas, têm repercussões imediatas.

Para isso, é preciso romper com o modelo educacional brasileiro, começando pela pré-escola, que deve ser universal, em tempo integral, prioritária para aqueles cujos pais têm que estar no trabalho o dia inteiro, passando pelo ensino primário, que deve ser formativo e em tempo integral, principalmente para as crianças menos favorecidas. É necessário mudar completamente o vestibular para que não haja um fator econômico determinante de seleção para os jovens que aspiram à universidade.

Ao longo da minha vida, consegui demonstrar concretamente a viabilidade de algumas dessas propostas. Proporcionamos creches para os favelados da cidade de São Paulo, em grande número e a custo baixo, com resultados excepcionalmente bons, quando ocupávamos a Secretaria de Saúde do Estado.

Por meio do Programa de Formação Integral da Criança (Profic), que instituímos quando na Secretaria da Educação, oferecemos escola em tempo integral, nos quatro primeiros anos do ensino primário, para 500 mil crianças menos favorecidas e mais problemáticas.

Os resultados demonstraram que 80% dessas crianças tiveram uma performance, em todos os sentidos, superior à daqueles mais favorecidos que cursavam a escola em tempo parcial.

Rompemos com o vestibular quando ocupamos a reitoria da Universidade de Campinas nos cursos novos que implantamos. O vestibular do Instituto de Artes da Unicamp, feito pelos próprios professores do Instituto e aferindo as aptidões vocacionais, em vez de testes de múltipla escolha, tornou-se um verdadeiro espetáculo de artes, apreciado por muitos anos pela própria população universitária e interessados da cidade de Campinas.

Entretanto, todas essas iniciativas, com resultados excelentes, publicados, usados para teses de doutoramento e dissertações mestrado defendidas nas melhores universidades brasileiras, morreram porque, com o neoliberalismo colonial implantado no País, falta massa crítica para os sentimentos de humanidade, solidariedade e ética que permitiram sua implantação nas décadas de 1970 e 1980, particularmente a partir dos anos de reinício do processo democrático.

Morreram porque faltou também massa crítica de pensadores para defendê-las na estrutura educacional, no Executivo e no Legislativo do estado e do País e dentro das próprias universidades.

Isso me convence, hoje, de que a questão nuclear para a solução do processo educacional brasileiro está na universidade, pois ela estrutura os formadores de opinião, ela prepara os pesquisadores, ela molda a intelectualidade e a burguesia do País; e essa é uma das razões que me alegram por poder estar presente na universidade brasileira.

Estou certo de que, dentro dela, formando jovens por meio de um novo modelo educacional, é que poderemos reverter tendências e criar um processo de desenvolvimento justo e diferenciado, evitando que o Brasil continue a ser indignamente explorado, oferecendo oportunidade de empregos como um direito à dignidade dos cidadãos e trabalhando a ética como o valor maior do ser humano.

Para propor uma nova universidade, é preciso conhecer um pouco a história, os caminhos e descaminhos da universidade brasileira. De onde vem a universidade como instituição? De onde surge a universidade brasileira?

Abstraindo a cultura oriental, da qual temos pouco conhecimento e dentro da qual nenhuma vivência, restringindo-nos a essa cultura da bacia mediterrânea na qual fomos moldados, limitando-nos também a esses três mil anos que Goethe (1749-1832) exige que todos conheçamos para sermos dignos de viver, pode-se afirmar que a universidade começou dentro das academias gregas e helenísticas, criando aí, com pensadores como Demócrito (400 a.C.), Sócrates (399 a.C.), Platão (429 a.C.) e Aristóteles (384 a.C. - 322 a.C.), uma cultura tão sólida e perene que, de tempos em tempos, volta a fertilizar a filosofia e a ciência.

Foi um catalão amigo meu, José Maria Dexeus, que há 30 anos me disse, num dia entre dois copos de um bom Rioja: "Si quieres ser un contemporáneo, lee y cita los clásicos griegos."

Vieram depois os mosteiros da Idade Medieval, nos quais a cultura era um privilégio da Igreja Católica e aí foi desenvolvida. Nesse período, as Cruzadas, a partir de 1080, tiveram um papel fertilizador, pois propiciaram um encontro benéfico entre as culturas cristã, semita e muçulmana e, a partir desta última, com o helenismo, paradoxalmente mais armazenado pelos muçulmanos e por Alexandria, no Egito, do que pela cultura cristã medieval.

Nesse processo de integração cultural tão importante – inclusive para explicar as bases científicas dos descobrimentos de 1500, cujo cadinho foi a Península Ibérica, não podemos deixar de lembrar Santo Tomás de Aquino (1225-1274), filósofo católico, que reintroduziu a cultura grega no pensamento católico ocidental, "cristianizando" Aristóteles da mesma forma que Santo Agostinho (354 d.C. - 430 d.C.) "cristianizou" Platão.

O processo passa em seguida pelas universidades medievais, que foram uma forma de encontrar espaço laico para os hereges que queriam cultivar o conhecimento sem macular os mosteiros.

A primeira delas foi a Universidade de Bologna, na Itália, fundada em 1088, altamente representativa desse movimento cultural laico, que, a seguir, passa pelo Renascimento, por fora da universidade, e desemboca na fase moderna da vida universitária.

Nessa fase, é preciso admitir que a universidade, continuando a demonstrar seu caráter conservador que persiste até hoje, ficou alheia às grandes revoluções desses últimos 500 anos – a Revolução Americana, a Francesa e a Industrial –, mas reagiu a elas posteriormente com mudanças substanciais que caracterizam, hoje, as bases da chamada universidade moderna.

No início de 1800, surgiram as Grandes *écoles* francesas e as demais universidades europeias que, influenciadas pelo pensamento de Humboldt (1769-1859) e Descartes (1596-1650), criaram os departamentos e as disciplinas e, com eles, a compartimentalização do conhecimento humano, gerando a universidade do saber pelo saber, que foi, de certa forma, contestada no início deste século com os *Land Colleges* americanos.

Essas eram escolas superiores de aplicação, cujos *campi* se voltavam principalmente para a agricultura e deram origem às universidades aplicadas, dentro de uma filosofia educacional inovadora e justa de Dewey (1859-1952), que, para sua tristeza, desemboca no *fordismo*, que serve à indústria e ao capital e, no comportamentalismo *skinneriano*, que visa massificar e organizar esse processo produtivo de mão de obra dócil, tão bem previsto por Huxley (1894-1963) no seu *Admirável Mundo Novo*.

A universidade brasileira nasce no começo deste século XX sob essas fortíssimas influências: o descompromisso elitista das grandes *Écoles*, o reducionismo profissionalizante pragmático dos *Land Colleges* Americanos e a departamentalização do saber de Humboldt e Descartes (1596-1650).

Mesmo os grandes pensadores brasileiros não conseguiram romper com essas características importadas que predominam até hoje, apesar de já terem mudado nas universidades que as originaram. Este é, talvez, o sinal mais marcante do subdesenvolvimento: a cópia de modelos ectópicos e históricos.

Na realidade, um país se desenvolve quando consegue encontrar e implementar, por meio de suas elites, soluções peculiares para os problemas que lhe são específicos.

Anísio Teixeira⁵, primeiro Reitor da nova Universidade de Brasília (UnB), de uma forma absolutamente inspirada:

A função da universidade é uma função única e exclusiva. Não se trata somente de difundir conhecimentos. O livro também os difunde. Não se trata, somente, de conservar a experiência humana. O livro também a conserva. Não se trata, somente, de preparar práticos ou profissionais de ofícios ou artes. A aprendizagem indireta os prepara, ou, em último caso, escolas muito mais singelas do que universidades. Trata-se de manter uma atmosfera de saber para se preparar o homem que o serve e o desenvolve. Trata-se de conservar o saber vivo e não morto, nos livros ou no empirismo das práticas não intelectualizadas. Trata-se de formular intelectualmente a experiência humana, sempre renovada, para que a mesma se torne consciente e progressiva. Trata-se de difundir a cultura humana, mas de

5. Teixeira A. Educação e universidade. Rio de Janeiro: Editora UFRJ; 1998.

fazê-lo com inspiração, enriquecendo e revitalizando o saber do passado com a sedução, a atração e o ímpeto do presente. O saber não é um objeto que se recebe das gerações que se foram para a nossa geração; o saber é uma atitude do espírito que se forma lentamente ao contato dos que sabem. A universidade é, em essência, a reunião entre os que sabem com os que desejam aprender. Há toda uma iniciação a se fazer. E essa iniciação, como todas as iniciações, se faz em uma atmosfera que cultive, sobretudo, a imaginação... Cultivar a imaginação é cultivar a capacidade de dar sentido e significado às coisas. A vida humana não é o transcorrer monótono de sua rotina cotidiana; a vida humana é, sobretudo, a sublime inquietação de conhecer e de fazer. É essa inquietação de compreender e de aplicar que encontrou afinal a sua casa. A casa onde se acolhe toda a nossa sede de saber e toda a nossa sede de melhorar, é a universidade.

É incrível como a fala de 60 anos atrás de Anísio Teixeira é atual e preenche quase tudo aquilo que queremos para a universidade de hoje. Infelizmente, não é essa a universidade que temos. Ela simplesmente reproduz o *fordismo* americano de forma irresponsável, tentando formar profissionais para a barreira do desemprego. Aliás, Viviane Forrester (1925-2013)⁶ refere-se a essa escola dizendo:

A diversidade das disciplinas e seus conteúdos não são postos em questão aqui; ao contrário. Já que o caminho dos empregos se fecha, o ensino poderia pelo menos adotar como meta oferecer a essas gerações marginais uma cultura que desse sentido à sua presença no mundo, à simples presença humana, permitindo-lhes adquirir uma visão geral das possibilidades reservadas aos seres humanos, uma abertura sobre os campos de seus conhecimentos. E, a partir daí, razões de viver, caminhos a abrir, um sentido para seu dinamismo imanente. Mas, em vez de preparar as novas gerações para um modo de vida que não passaria mais pelo emprego (que se tornou praticamente inacessível), há um esforço contrário para fazê-las entrar nesse lugar obstruído que as recusa, tendo como resultado convertê-las em excluídas daquilo que nem sequer existe mais. Em infelizes... A tendência, pelo contrário, é considerar que eles não são bem preparados – não diretamente – para entrar em empresas que não querem saber deles, às quais eles não são necessários, mas para as quais se quer 'formá-los', e para nada mais.

Tudo isso mostra o arcaísmo e a perversão da universidade moderna e a necessidade urgente de mudança. É preciso coragem para isso.

A universidade contemporânea deve refletir essas percepções e, ao fazê-lo, deve autocriticar-se, romper com os arcaísmos, elitismos e demais distorções do passado para ser a universidade que precisamos e que queremos. Mais uma vez, a conjuntura social e

6. Forrester V. O horror econômico. São Paulo: UNESP; 1997. p. 80.

a crise apontam os caminhos para as mudanças internas da universidade. Nesse sentido, alguns pontos são fundamentais:

I – A universidade deve ser aberta: todos os que terminam o primário e o secundário devem ter oportunidade de frequentá-la e concluí-la. O vestibular deve ser banido; se houver necessidade de seleção, esta deve ser feita de forma completamente diferente, priorizando aqueles que vêm das camadas menos favorecidas da sociedade, as vocações para as diferentes profissões e os anseios das comunidades em relação àqueles delas provenientes. Além disso, deve haver outras formas de seleção mais condizentes com justiça social, combate ao elitismo e o novo papel da universidade. Os cursos noturnos deverão, onde couberem, ser obrigatórios nas universidades públicas, para compatibilizar estudo e trabalho.

II – A universidade não deve se limitar a *campus*, prédios ou locais específicos: o *campus* da universidade deve ser a sociedade na qual ela está inserida, as fábricas, os museus, os hospitais, os escritórios, as empresas, tudo isso deve se transformar em locais de ensino e treinamento – com professores que são muito mais organizadores de oportunidades educacionais do que simples “ministradores” de aulas. O ensino inserido no serviço, convenientemente direcionado e oferecido com possibilidades de desenvolver espírito crítico e criatividade, é a forma mais eficiente de formar profissionais direcionados para o mercado de trabalho que vão mudar a realidade e vão ter mais oportunidades de emprego.

III – A universidade deve ser crítica e criativa: desenvolver cidadãos, criticar o ambiente onde eles estão inseridos e criar e melhores condições de vida. A criatividade pressupõe liberdade de pensar, prioridade às metáforas e à metafísica. Não podemos esquecer que a teoria atômica foi definida por Demócrito⁷ (400 a.C.) e tornou-se hoje a base da ciência ocidental. Henri Poincaré (1854-1912) demonstrou que a criatividade científica está em grande parte ligada ao inconsciente, portanto não podemos nos deixar dominar e destruir pelo conhecimento científico organizado que, num sentido corporativista precoce, muitas vezes privilegia o método sobre o objetivo da ciência. O Brasil teve grandes cientistas que entenderam isso com clareza. Um dos últimos, recentemente falecido, foi Mário Schenberg⁸ (1914-1990), que lutou por essa liberdade da ciência. Dizia ele que ter ideias novas é essencial e o processo educativo, ao contrário, esmaga a criatividade e o sonho. Os cientistas têm muito a aprender com ele.

Uma experiência interessante na Unicamp foi a de introduzir artistas e poetas nos Conselhos Universitários, no campus e nas comissões de pesquisa. O objetivo era a liberação da criatividade, pois o artista é um pesquisador intuitivo e livre; ele busca e, muitas vezes consegue, o belo, usando os instrumentos da sua época por um processo criativo inconsciente e fértil.

IV – A universidade precisa romper com a estrutura departamental: ela foi nova em 1800, seguindo os rumos dos filósofos europeus racionalistas como René Descartes (1596-1650) e Baruch Spinoza (1632-1677), mas é arcaica hoje, pois compartimentaliza o saber. Essa mudança deve passar pela questão da inter e da transdisciplinaridade.

7. Demócrito de Abdera foi um filósofo pré-socrático da Grécia Antiga.

8. Foi um físico, matemático, político e crítico de arte brasileiro.

Um dos filósofos contemporâneos que mais luta por isso é Ubiratan D'Ambrósio⁹. Com ele e com Paulo Renato Costa Sousa¹⁰, na Unicamp, começamos o modelo dos núcleos transdisciplinares – ponto de encontro de professores de diferentes áreas de conhecimento para estudar aspectos específicos da conjuntura social, intelectual e científica nacional – que romperam com a estrutura departamental e constituíram a semente da modernidade da Universidade de Campinas. A USP tenta isso hoje, mas esbarra no corporativismo e no conservadorismo universitário, barreiras para a sua modernização.

V – A Universidade precisa se democratizar: não só pela ruptura do vestibular e pelos cursos noturnos, mas, também e principalmente, por oferecer a “segunda oportunidade”. A Universidade não pode ficar alheia e insensível àqueles que não conseguiram, por questões puramente econômicas, embarcar a seu tempo no ensino universitário e foram trabalhar na indústria, no comércio, nos hospitais. Não podemos ignorar que boa parte aspira à sequência de seu aprimoramento intelectual e progressão profissional. A universidade pública tem obrigação de lhes oferecer uma “segunda oportunidade”, permitindo-lhes continuar estudando sem parar de trabalhar. Para isso, é necessário que a escola superior saia do seu *locus* e vá aos hospitais, possibilitando às atendentes tornarem-se auxiliares de enfermagem ou às enfermeiras estudarem medicina; vá às indústrias, facilitando ao operário metalúrgico formar-se técnico ou engenheiro; e assim por diante.

As experiências que realizamos nesse sentido na Secretaria de Saúde e no Hospital Pérola Byington foram coroadas de sucesso e demonstraram não só a sua viabilidade, mas a alta qualidade e compromisso social dos profissionais formados dessa forma.

VI – A universidade deve ser, acima de tudo, pesquisa: o ensino precisa ser inserido na pesquisa para ensinar o novo e a capacidade de criar e, na realidade, para poder mudá-la. Por isso, a universidade não pode sufocar o seu poder de investigação. Hoje, devo admitir que, apesar de termos 90% da investigação locada nas universidades públicas, a universidade privada é, seguramente, uma oportunidade de pesquisa de maior valor potencial que a pública, pois o tempo integral, que é a essência do processo de investigação, reflexão e criatividade, tornou-se, na universidade pública em geral, um espaço descompromissado, uma força improdutiva de trabalho, enquanto em algumas universidades privadas está se criando um tempo integral com objetivos definidos e compromissados com determinados projetos de pesquisa em que os alunos começam a se inserir.

VII – A universidade deve trilhar a estrada da ética e iniciar o caminho da transcendência: o homem vive sobre este planeta há 4 milhões de anos. Nesse processo, adquiriu o poder de pensar relativamente ao seu próximo e aí nasce a ética; de perscrutar a sua origem e o seu futuro depois da morte e aí nasce a transcendência. Os mitos que se transformaram em religião vêm dessa busca. Todas as religiões estão ligadas à ética e à transcendência. O Budismo, possivelmente, mais à ética, o catolicismo mais à transcen-

9. Ubiratan D'Ambrósio é um matemático e professor universitário brasileiro. Doutor em matemática, é um teórico da educação matemática e um dos pioneiros no estudo da etnomatemática.

10. Foi um economista e político brasileiro.

dência, mas ambas as características é que diferenciam o homem das outras espécies animais com as quais compartilhamos o mesmo DNA.

A universidade, por meio da pesquisa, da criatividade, da forma holística de ver as coisas, da transdisciplinaridade, da derrubada de barreiras metodológicas para o pensamento científico, da metáfora e da metafísica e, acima de tudo, da inteligência, torna-se uma ponte entre o homem e seu futuro.

Para que isso ocorra concretamente, não podemos nos submeter ao *establishment* científico, às formas antigas de pensar, aos modelos arcaicos de universidade. Os jovens farão isso com mais facilidade.

Para que essa mudança possa ser constante, ou seja, para que não fiquemos a reboque dos movimentos sociais, a universidade deve adotar na sua administração o próprio processo de investigação crítico, criativo e até iconoclastico, derrubando muitas vezes os seus próprios ídolos, reservando-lhes, porém, um lugar na História. Essa talvez seja a forma de combinar tradição e contemporaneidade, dois valores essenciais para qualquer Instituição.

Não colocamos aqui nada acabado, otimista ou pessimista. Procuramos fazer um passeio reflexivo sobre a educação, sem começo e sem fim, como devem ser as coisas da universidade. Todos nós, que estamos dentro dela, participamos de um processo, que é o da criação, transformação e transferência de conhecimento.

Esse processo requer a ausência de começo, o impedimento da barreira do fim e humildade para nos percebermos como instrumentos passageiros. A universidade deve renascer a cada dia, a cada manhã chuvosa ou ensolarada, mas sempre barulhenta, quando os alunos e professores aqui chegam de suas casas, ávidos pelo processo de troca intelectual em um espaço aberto e democrático, em que todos, alunos e professores, aprendem e ensinam, dentro do amor à verdade e despojamento, nos quais se deve basear o espírito e a cultura universitária.

A universidade, se permitir acesso democrático a todos, de acordo com méritos e capacidade intelectual, oferecerá um apoio impactante ao desenvolvimento e aos objetivos que perseguimos.

2.4 SUCATEAMENTO DOS HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS

Fiz o curso médico e passei a primeira década de minha vida acadêmica no Hospital das Clínicas (HC) da Faculdade de Medicina da USP, para onde voltei em 1989, como professor titular.

O HC era, naquele então, o melhor hospital do Brasil. Os casos complexos, independentemente do nível social do paciente, eram tratados lá; era também o lugar onde os grandes mestres que vinham ao Brasil palestravam. Enfim, a referência nacional da nossa Medicina. Alguns outros Hospitais Universitários (HU) iam pelo mesmo caminho.

Pouco a pouco, a partir dos anos 1990, o panorama se inverteu completamente. Hoje a maioria dos HU no Brasil está sucateada, e as referências se deslocaram para alguns hospitais privados, com acesso restrito, situados, prioritariamente, em São Paulo.

É necessário fazer uma análise informada das causas que levaram a essa grave situação para corrigi-la. Alguns pontos me parecem relevantes. As constantes e irracionais mudanças dos critérios de financiamento, especialmente a manutenção de um 'teto' do faturamento SUS, tem sido um convite à ociosidade.

Além da tabela SUS não pagar o custo dos procedimentos, estabelece-se um limite de atendimentos que impede os HU de usarem e ampliarem sua capacidade instalada.

No HC da Unicamp, por exemplo, 20% dessa capacidade não está em funcionamento, prejudicando todas as suas atividades.

A área médica da Unicamp usava 25% dos recursos da universidade; hoje são 18%. Apesar da autonomia universitária vincular, há 20 anos, recursos para as reitorias, estas não os vinculam aos HU. Os orçamentos de todos eles no Brasil vêm diminuindo ano a ano.

O orçamento da maioria dos HU para o cumprimento das funções de ensino e pesquisa, que se acrescenta ao faturamento SUS, vem das reitorias ou do MEC, sem qualquer critério de vinculação que dê ao hospital uma garantia de atualização planejada, seja tecnológica, didática ou científica.

O HC da USP, graças à transferência dos recursos faturados pelo SUS para a Fundação Faculdade de Medicina, que autorizamos quando secretário estadual da Saúde (1987-1991), consegue se manter, assim mesmo com dificuldades, pois seu orçamento caiu 50% em relação ao orçamento vinculado da universidade, como demonstrou o professor Adib Jatene em artigo publicado¹¹, enquanto a inflação na saúde é no mínimo o triplo da geral.

A questão salarial é grave. Um professor titular em fim de carreira e tempo integral ganha, no máximo, aproximadamente 50% do que ganha um juiz federal em início de carreira. Tão grave quanto isso é o regime não resolvido de trabalho dos docentes: existe até hoje um conflito oculto e não solucionado entre tempo integral (não cumprido), tempo parcial (politicamente criticado) e segunda porta (eticamente deplorável).

Cada hospital encontra uma fórmula de sobrevivência que não é a ideal para o cumprimento de suas tarefas e quase nenhum cobra o cumprimento de produtividade, desestimulados pelas razões acima expostas e pela distorção da forma de escolha dos dirigentes e do reitor que, eleitos pela comunidade interna, tornam-se com frequência reféns do corporativismo.

Os HU precisam voltar a ser referência da saúde no País, não só para cumprirem a sua função assistencial de atender os usuários SUS, que tem neles a única possibilidade de assistência de maior complexidade, como também para manter o nível de ensino e pesquisa, essenciais para qualidade e desenvolvimento da medicina no Brasil.

¹¹ O autor não indicou a fonte da informação.

Essa situação não pode perdurar. Para começar, tenho uma proposta singela para os HU: i) recuperar a tabela SUS diferenciada (Fideps), pagar por produtividade e terminar com o teto; ii) garantir um orçamento vinculado que cubra a folha de pagamento com um acréscimo de 10% e o ressarcimento financeiro das operadoras de saúde; iii) uma boa gestão, escolhida por competência.

2.5 AUTONOMIA UNIVERSITÁRIA: DISTORÇÃO NA ESCOLHA DOS SEUS DIRIGENTES

O assunto da autonomia universitária é ponto tratado desde sua origem há quase mil anos e vem sendo rediscutido continuamente, aflorando aqui e acolá, especialmente em momentos de crise. Entretanto, vemos hoje que a autonomia legal se torna apenas virtual, se não lhe for rediscutida permanentemente e se não lhe forem incluídos critérios de distribuição de recursos.

A partir dos anos 1980, preocupados com a questão, tivemos participação na elaboração e criação da autonomia financeira das universidades de São Paulo.

Após ter terminado a minha gestão como reitor da Unicamp, cooperei, como secretário Estadual da Saúde, juntamente com José Machado de Campos Filho, no governo Quéricia, para a formulação da autonomia financeira das universidades paulistas, que passaram a receber, desde fevereiro de 1989, um percentual fixo do ICMS, que as manteve diferenciadas das demais universidades brasileiras.

Quando assumi a Secretaria de Ensino Superior no governo de São Paulo, alguns tolos entenderam que tínhamos a intenção de interferir na autonomia e concitaram alunos ingênuos a uma invasão agressiva e extemporânea da USP. Todas as dívidas foram esclarecidas e evitamos, com muito afincio e apoio do governador, a desocupação militar da reitoria invadida, que acabamos por resolver pacificamente. Foi difícil e muito desgastante.

Em seguida, pedi ao meu amigo José Serra, então governador, que me dispensasse desse encargo, pois quem ajudou a construir a autonomia de fato e sempre a defendeu, inclusive na ditadura militar, com atos concretos, à frente da reitoria da Unicamp, onde abriguei e protegi inúmeros militantes da legítima esquerda intelectual brasileira e latino-americana, jamais poderia aceitar ser acusado, por motivos torpes, de tentar destruí-la.

A autonomia é irremovível, posto que prevista no art. 207 da Constituição. Apenas poderá ser modificada por meio de reforma constitucional, mas só existirá de fato se for também financeira; daí a enorme diferença entre as três universidades paulistas e as demais no Brasil. Basta dizer que elas são responsáveis por 45% da produção científica brasileira¹².

Entretanto, se me perguntassem se foi feito no País bom uso da autonomia, não só a constitucional, mas a plena, eu seria obrigado a responder que não. Há graves desvios de rota que precisam ser corrigidos. Vou tratar de um deles, a meu ver causador de vários outros:

12. Brasil. Uol Notícias. "Com ou sem a nova CPMF, ministro da Saúde continuará de pires na mão", diz Adib Jatene. [internet]. [acesso em 2019 set]. Disponível em: <https://noticias.uol.com.br/cotidiano/2009/09/08/ult5772u5204.jhtm>

o processo de escolha do reitor pela comunidade interna (com peso igual ou diferente dos votos de funcionários, alunos e professores, e participação maior ou menor dos conselhos).

Esse processo inverte o papel da universidade. *Mutatis mutandis*, é o mesmo que escolher o governador por intermédio dos funcionários públicos. Imaginem o conflito de interesses a partir daí. Esse mesmo conflito existe hoje dentro da universidade e a corrói lentamente.

Os candidatos a reitor fazem sua campanha eleitoral na comunidade interna, selam compromissos com ela e devem cumpri-los, pois, pela proximidade, são vigiados dia a dia. É um controle social perfeito, só que absurdo, pela direção errada: a universidade não foi feita para servir aos que nela trabalham, mas à população inteira e ao País, fornecendo conhecimento novo, bons profissionais, modelos reprodutíveis, entre outros.

Existem centenas de subprodutos nocivos provenientes dessa distorção. O descumprimento de tarefas, número pequeno de aulas, pesquisas que nunca terminam, falta de controle sobre produtividade didática e científica.

Em nome da qualidade, nem sempre conseguida, tem-se um número pequeno de alunos para a enorme demanda reprimida. Apenas 12% dos brasileiros jovens estão na universidade, os mais ricos. Os pobres começam a desaparecer no 5º ano do ensino fundamental e são agulha no palheiro no ensino superior^{13,14}.

O aumento de vagas nas universidades públicas é decidido com frieza e a conta-gotas, com resultados numéricos medíocres. Há um elitismo incompreensível, veja-se a reação à lei aprovada na Câmara Federal (PL- 3.913-2008), de abrigar em seus vestibulares 50% de alunos provenientes das escolas públicas¹⁵.

Essa reação nega evidências concretas. Na Unicamp, em 33 dos 51 cursos em que os alunos abonados no vestibular entraram – por virem de escola pública –, tiveram uma melhor performance melhor do que os que passaram sem abono, demonstrando uma inegável capacidade de recuperação.

As fundações, toleradas pelos reitores, são outro exemplo: usam o nome, o espaço da universidade e o tempo dos docentes, que passam a ter rendimentos adicionais mais atrativos do que os da própria universidade. É justo que eles e os demais trabalhadores ganhem salários dignos, porém isso deve ser feito de forma transparente, equânime e controlada, e não escondendo em fundações que usam instituições públicas e vendem serviços privados.

Algumas faculdades têm três ou quatro fundações, e dentro das universidades elas são incontáveis. Contudo, há exceções, muitas e boas. As fundações não são em si um bem ou um mal; depende do uso que se faz delas.

13. OMS. OPAS. Indicadores Básicos para a Saúde no Brasil: conceitos e aplicações. 2008. [internet] [acesso em 2019 set]. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_docman&view=download&alias=89-indicadores-basicos-para-a-saude-no-brasil-conceitos-e-aplicacoes-livro-2a-edicao-2008-9&category_slug=informacao-e-analise-saude-096&Itemid=965.

14. WHO world report 2008. [internet] [acesso em 2019 set]. Disponível em: https://www.who.int/whr/2010/whr10_pt.pdf?ua=1.

15. Brasil. Câmara de Deputados. Projeto de Lei 3.913/2008. Institui o sistema de reserva de vagas para estudantes egressos de escolas públicas nas instituições federais de educação superior, profissional e tecnológica. [internet]. [acesso em 2019 set]. Disponível em: <https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=407880>.

A questão ficou tão fora de controle no âmbito interno que, em vez de se separar o joio do trigo, a Financiadora de Estudos e Projetos (Finep) suspendeu os convênios com todas as fundações universitárias federais, prejudicando a pesquisa no País¹⁶.

Enfim, o eleitor, que tem seu emprego garantido na universidade, adquire tal força e liberdade que vigia o eleito mais do que o eleito o deveria vigiar. Repito, as universidades públicas devem servir ao público e é este – diretamente ou por intermédio dos poderes constituídos – que tem o direito de exercer o controle social.

No passado, o reitor era escolhido pelo governador em lista sêxtupla preparada pelo conselho universitário (com representação da comunidade interna), levando em conta o mérito acadêmico, administrativo e pessoal de cada um, além das condições circunstanciais da universidade.

Não estou propondo uma volta ao passado, mas apenas uma discussão aberta e informada sobre a questão, por isso a tiro do armário.

A atividade mais relevante da universidade pública é a pesquisa, que deve ser feita inclusive sobre a sua própria gestão e estrutura. Quando uma universidade para de se modificar, ela está andando para trás.

Aqui, é necessário promover uma reforma cuidadosa, não revolução, pois as universidades públicas cumprem um papel importantíssimo na sociedade brasileira. São a nossa reserva científica, moral, intelectual, democrática e ética e há grande quantidade de exceções individuais e institucionais que não concordam e não participam dessas distorções, mas não constituem massa crítica suficiente para mudar.

Infelizmente, a maioria dos governos não tem entendido a universidade ou não tem tido capacidade de discutir sua gestão por meio de um diálogo informado, permanente e isento

16. Brasil. Tribunal de Contas da União. TCU aprecia auditoria nacional sobre relacionamento das IFES com as fundações de apoio [internet]. [acesso em 2019 set]. Disponível em: <http://portal.tcu.gov.br/lumis/portal/file/fileDownload.jsp?fileId=8A8182A24E08D405014E0D236B052389>.

CAPÍTULO 3

3. A SAÚDE NOS MUNICÍPIOS

Os municípios, na implantação do SUS em alguns estados brasileiros, especialmente em São Paulo, foram correta e totalmente responsabilizados pela atenção primária na década de 1980; e, de acordo com sua capacidade, também pela secundária e pela terciária. Nesse contexto, receberam os recursos e a capacitação técnica para exercerem essa tarefa.

A partir do início dos anos 1990, com a contrarreforma da saúde, mantiveram-se as suas responsabilidades, mas os recursos foram sendo retirados e centralizados.

O pior é que, com a EC nº 29 – corretamente elaborada, mas não regulamentada totalmente até o momento¹ –, obriga-se o município a colocar 15% do seu orçamento em saúde, sendo que a maioria deles põe mais do que 20%, mas os estados não cumprem, em sua grande maioria, os 12% obrigatórios, e a União se nega a regulamentar para ela essa medida, vinculando seus recursos com a colaboração do Legislativo submisso ao Executivo. Em resumo, o sacrifício financeiro ficou com o município.

Analisamos essa situação e algumas questões que as agravam, como o Programa Saúde da Família (PSF), e fazemos uma proposição objetiva de modernização dos sistemas municipais, em que estão os pilares relevantes do sistema de saúde: atenção primária e descentralização.

Os municípios, entretanto, têm dificuldades de cumprir essas funções, pois a política de saúde foi verticalizada demagógicamente, e eles sofreram com o desfinanciamento.

3.1 UNIFICAÇÃO E DESCENTRALIZAÇÃO COMO PRESSUPOSTOS BÁSICOS NO SISTEMA DE SAÚDE

Desenvolvimento não se restringe em combater a inflação ou lograr equilíbrio econômico, mas deve ser caracterizado, fundamentalmente, por qualidade e dignidade de vida para a maioria da população, o que se consegue por meio de políticas públicas inteligentes e criativas, incluindo-se aí a da saúde.

É necessário que haja, além do equilíbrio econômico, um processo de desenvolvimento partilhado com os trabalhadores e políticas públicas eficientes e modernas na área social, que sejam criativas o suficiente para, com os recursos existentes, atenderem às necessidades da população. A saúde tem, nesse contexto, um papel fundamental, que frequentemente é negligenciado.

Para que isso aconteça, a descentralização gerencial é de fundamental importância. A extensão continental do nosso país, com características peculiares em cada região e

1. Conforme já informado, a EC nº 29/2000 foi regulamentada pela Lei Complementar nº 141/2012, portanto, posteriormente à elaboração do livro.

sub-região, demanda um gerenciamento descentralizado para corrigir distorções, tais como a desvinculação incompreensível e nefasta entre governo e sociedade civil e a escassez de recursos para o equacionamento dos problemas sociais, agravada pelo uso centralizado, que gera grandes desperdícios.

As experiências de descentralização administrativa e gerencial, que foram levadas a cabo seriamente neste país, tiveram resultados concretamente positivos e, com menos recursos, conseguiram fazer mais e com resultados altamente positivos.

O moderno, em termos de desenvolvimento, tanto na área da saúde, como na da educação e das demais, tem sido a instituição dos sistemas locais, que podem atender às características de cada comunidade e serem mais bem gerenciados.

Quando a gestão está próxima da ação a ser desenvolvida, esta se dá de maneira mais eficiente, mais criativa e mais bem adaptada às peculiaridades do município ou da região.

Quando os recursos e as responsabilidades gerenciais estão próximos do cidadão, de tal modo que ele possa ter acesso ao gerente e às informações, ressuscita-se o controle por parte da sociedade, única forma de lhe permitir fiscalizar as ações e benefícios aos quais tem direito e a melhor maneira de terminar com os desvios de recursos. Nos sistemas locais de políticas públicas na área social, dar-se-á o encontro necessário, fértil e saneador entre governo e sociedade civil.

A descentralização, entretanto, não pode ocorrer de forma direta da área federal para a municipal ou para as unidades de saúde, educação, segurança e outras, pois isso significa, na realidade, a impossibilidade de estabelecer mecanismos de controle de avaliação e a continuidade da centralização, travestida de descentralização, como ocorre hoje na área da saúde em nosso país.

O processo de descentralização administrativa só é eficiente à medida que se criam instâncias intermediárias, que possam levar às unidades operacionais o suporte técnico necessário e suficiente para o seu pleno e adequado funcionamento, além do indispensável controle técnico-financeiro do processo.

Por outro lado, a descentralização administrativa precisa ocorrer dentro de comunidades com tessitura social visível e com uma certa tradição e cultura, situação que se estabelece, melhor e mais facilmente, nos pequenos municípios e em alguns bairros tradicionais de grandes cidades.

Os estados não podem estar desvinculados do processo de descentralização administrativa, pois constituem parte fundamental e mais próxima da elaboração das normatizações técnico-operacionais a serem implementadas no nível periférico, devendo também contribuir financeiramente para os sistemas locais de educação, saúde, moradia e outros.

A verdadeira descentralização só ocorrerá quando parte dos recursos arrecadados nos municípios aí permanecerem, evitando-se demora entre a captação e a sua aplicação em benefício da população, que passa a supervisionar não só o uso, mas a própria arrecadação.

Para que tudo isso possa ocorrer na saúde, é preciso que as políticas públicas na área social tenham seu gerenciamento e recursos descentralizados nos municípios com menos de 500 mil habitantes ou a frações de municípios com número de habitantes superior a esse, que precisam ser descentralizadas internamente.

É fundamental, outrossim, que o papel dos governos federal e estaduais, salvo exceções, seja o de normatização, controle e avaliação. Os de execução deverão ficar a cargo dos sistemas locais ou regionais de saúde, e parte dos recursos arrecadados deve ficar no próprio município, cabendo ao estado e à União funções supletivas ou complementares, estimulando a formação de consórcios intermunicipais, que objetivem o gerenciamento de problemas comuns ou de unidades de saúde, cuja complexidade e custo-benefício exijam essa associação.

Os resultados do processo de descentralização e unificação no estado de São Paulo de 1987 a 1991 servem de exemplo de experiência bem-sucedida, em que se colocou em prática a estratégia dos consórcios intermunicipais de Saúde, com sucesso.

O que ocorreu após isso no País, com a contrarreforma da saúde e sua privatização ao arripio da Constituição, a partir dos anos 1990, transformou o SUS em uma caricatura daquele sistema que está na Constituição e acabou por privatizar a saúde para mais de 40 milhões de brasileiros, que dependem hoje dos Planos de Saúde, na maioria dos casos, com grande insatisfação.

3.2 SISTEMA MUNICIPAL DE SAÚDE: MODERNIDADE E DIFICULDADES

A Saúde se concretiza nos municípios e é aí que ela deve ser organizada. Uma das razões da crise no SUS é a centralização das decisões e dos recursos a nível federal e estadual, gerando programas verticais e campanhas que dificultam a consolidação da descentralização e municipalidade da saúde. O SUS, que tem como característica básica a descentralização – por isso começou como Suds –, descentralizou as obrigações e os recursos, mas a seguir, a partir do início dos anos 1990, a situação se reverteu.

A crise na Saúde incide com mais dramaticidade na periferia dos grandes centros urbanos, mas, ao elaborarmos este capítulo, seus conceitos e proposições se aplicam tanto aos municípios mais populosos como aos menores. Obviamente, eles devem ser adaptados à realidade de cada cidade.

Os sistemas de saúde das grandes cidades se assemelham entre si, com defeitos semelhantes que, no conjunto, fizeram da saúde a política pública mais mal avaliada pelos brasileiros.

Apesar de, em geral, terem espaço físico e recursos humanos em quantidade suficiente, os sistemas de saúde nos municípios têm funcionado com suporte tecnológico precário, sem programas modernos definidos, além de apresentar razoável ociosidade. E isso não é por culpa dos prefeitos ou das autoridades municipais de saúde, mas, principalmente, de

como os estados e o Governo Federal vêm tratando os municípios, centralizando recursos, decisões e programas de saúde.

Quando, de forma pioneira, municipalizamos a Saúde no estado de São Paulo, na década de 1980, o fizemos usando os escritórios regionais de Saúde próximos dos municípios, para dar o suporte técnico e definir com cada município o seu projeto de saúde e as metas a serem alcançadas a cada três meses. Essas metas eram revistas e os recursos passados, em função do cumprimento delas e do estabelecimento de novas metas.

Verificamos, desde logo, que não existe um município igual ao outro do ponto de vista do aparelho de saúde e quadro epidemiológico, de tal forma que cada um deles tinha peculiaridades que precisavam ser respeitadas.

Como Secretário, muitas vezes fui obrigado a arbitrar divergências entre as autoridades municipais de saúde e os técnicos do escritório regional de saúde. Os primeiros, secretários de Saúde ou prefeito, sempre tinham com as suas sensibilidades, alguma contribuição importante que, mesmo divergindo da área técnica, podia se somar a ela para dar soluções adequadas àquele município.

Desde o início, os técnicos e eu aprendemos isso e verificamos que as autoridades municipais podiam nos ajudar muito em escolher os centros de saúde que deveriam ser reformados, o local a serem feitos, o tipo de atendimento em função das necessidades da população, a forma mais econômica de construir cada centro de saúde, a escolha dos profissionais entre os que se apresentavam etc.

Ou seja, verificamos que as autoridades municipais de Saúde estavam muito mais preparadas do que imaginávamos para resolver problemas dentro do nível de complexidade que se apresentava naquele município.

Com uma política de compromisso como essa, economizamos praticamente 60% em transportes de pacientes entre municípios. Deu-se resolutividade aos centros de saúde, satisfação à população, uma grande economia de recursos e diminuição das taxas de morbidade e mortalidade. Além disso, houve um relevante aumento da cobertura.

A descentralização do sistema, a partir dos anos 1990, e a volta de modelos campañistas e verticais não só atrapalharam a organização da saúde municipal, que ia bem, como também provocaram a diminuição do ritmo de crescimento da cobertura e redução da morbiletalidade, aumentando sensivelmente os gastos com saúde e diminuindo a sua eficiência.

Um precioso *paper* da Fundação K. Adenauer, elaborado por Sérgio Prado, na Unicamp (Transferências fiscais e financiamento municipal no Brasil)², caracteriza dramaticamente a questão da distribuição de recursos. Transcrevo sua conclusão:

2. Prado S. Transferências Fiscais e Financiamento Municipal no Brasil. Relatório de Pesquisa, Projeto Descentralização Fiscal e Cooperação Financeira Intergovernamental. EBAP/Fundação Konrad Adenauer; 2001.

Ficou claro que o sistema atual resulta numa distribuição de recursos que não é consistente com nenhum conjunto razoável e coerente de critérios que se possa imaginar. Os instrumentos redistributivos do sistema, como se viu, não se aproximam minimamente de lograr sequer um objetivo rústico e básico como a aproximação das receitas per capita entre localidades. Se aceitamos, alternativamente, a proposição de que deveria existir uma certa progressividade na distribuição, beneficiando localidades maiores, o sistema evidentemente a agride (em boa parte, por ação direta de seu 'braço' redistributivo, o FPM) ao criar paraísos fiscais e conceder renda relativamente menor para grandes municípios. Por outro lado, a elevada diferença da receita per capita das capitais em relação a todo o interior exigiria, mesmo dos mais ardorosos defensores das sofridas metrópoles brasileiras, a necessidade de estimar, de alguma forma, o grau (ou a função) de progressividade desejável. Finalmente, é altamente relevante que o sistema de partilha derivado da devolução e das demais transferências redistributivas, fora FPM, resulte numa elevada heterogeneidade horizontal, ou seja, entre municípios do mesmo tamanho. Como o próprio FPM tem um critério autônomo de distribuição, que não considera esta disparidade, seus recursos acabam por agravar ainda mais esta heterogeneidade horizontal. Há, contudo, uma constatação mais geral de enorme importância, porque se refere não às consequências que os critérios geram, mas às bases conceituais mesmas que suportam todo o sistema. Remetendo ao que colocamos em várias ocasiões nas páginas anteriores, deve ficar claro, a partir da análise acima, que, dada a heterogeneidade da federação brasileira, qualquer critério estabelecido para os fundos redistributivos do sistema, se for apoiado em parâmetros 'exógenos' ao próprio sistema de partilha – população, renda, grau de desenvolvimento humano etc. – terá escassa possibilidade de maximizar as possibilidades de redução das desigualdades, ou seja, não logrará eficiência na utilização dos limitados recursos que o país destina hoje (aproximadamente 2% do PIB) para a função específica de melhorar a distribuição de receita orçamentária. Isto fica evidente quando notamos que, mesmo num grau muito elevado de agregação – dez faixas de tamanho das localidades – ao se acrescentar à receita disponível o subsistema redistributivo – o FPM – gera-se enormes distorções de receita entre os diversos grupos. Se descermos a níveis mais detalhados de análise, serão evidenciadas discrepâncias ainda maiores, como elevadíssimos desvios-padrão dentro de cada faixa tamanho no mesmo estado.

A nosso ver, faz-se necessária uma mudança radical de enfoque, assumindo para o Fundo de Participação dos Municípios (FPM) um papel efetivo de redutor das desigualdades decorrentes dos níveis diferenciados de desenvolvimento e dos efeitos dos demais subsiste-

mas de partilha de recursos, leia-se, a devolução tributária e os sistemas de financiamento da provisão de bens públicos.

Em suma, é necessário que o critério de distribuição do FPM seja endógeno ao próprio sistema de partilha, no sentido de que ele transfira recursos de forma compensatória aos efeitos de todo restante do sistema.

A atenção primária, porta de entrada do SUS, (representada pelas unidades de saúde, postos de saúde), por essas razões, não cumpre o seu papel; os hospitais e prontos-socorros, conseqüentemente, ficam sobrecarregados; o projeto Médico de Família não se modernizou e não se integra adequadamente ao sistema, que também está sobrecarregado, com o inevitável atendimento de outros municípios do entorno.

Isso trouxe como consequência a insatisfação dos usuários e trabalhadores (apesar dos bons salários pagos por algumas prefeituras) e índices precários de cobertura e morbiletalidade, com um gasto per capita nos municípios maiores, superior à média brasileira.

A reorganização é possível e requer, fundamentalmente, um grande esforço de gestão e modernização, criando-se um modelo adequado ao nosso quadro epidemiológico e cultural, mas também com viabilidade econômica, pois temos em média, no Brasil, a possibilidade de gastar US\$ 300/hab./ano em saúde, enquanto nos EUA são gastos US\$ 7.000/hab./ano, ou seja, 20 vezes mais; e, na maioria dos países desenvolvidos, 10 vezes mais³.

Por isso, o modelo de alta complexidade, hospitalar e medicocêntrico desses países não nos serve, tampouco serve a eles, pois seus índices de morbiletalidade são, às vezes, superiores àqueles de países que organizaram, de maneira mais inteligente e menos consumista, seus sistemas de saúde, com muito menos recursos.

O essencial para a correção do sistema é a reorganização e modernização da atenção primária (responsabilidade exclusiva dos municípios) que aliviará o sistema hospitalar e de emergência e contribuirá para a sua melhor organização. Por isso a relevância da saúde nos municípios.

Isso poderá ser feito equipando-se os Centros de Saúde, treinando o pessoal, trabalhando com a equipe de saúde e definindo quatro programas essenciais: da mulher; da criança, do idoso e do trabalhador.

Os resultados de satisfação do usuário deverão ser sentidos rapidamente: os de cobertura em um ano; e os de morbiletalidade a partir de dois anos. Os municípios que realizarem essa mudança poderão se tornar exemplos para o País.

Existe uma questão, que transcende a Secretaria de Saúde, mas é fundamental para obter bons resultados. Trata-se da Educação para Saúde, mudando hábitos de vida inadequados, etiologia de quase todas as doenças, principalmente as que crescem em mortalidade, como doenças cardiovasculares, crônico-degenerativas, câncer e violência.

3. O autor não indicou a fonte da informação.

A Organização Pan-Americana de Saúde (Opas) publicou, em 2006, um artigo demonstrando que somente com mudanças de hábitos se pode diminuir em 80% as mortes por doenças cardiovasculares e em 40% as mortes por câncer⁴.

A atuação para lograr essas mudanças de comportamento e realizar prevenção primária é um amplo processo de Educação para Saúde, que pode ser orientado pelas Secretarias de Saúde, mas transcende o sistema de Saúde, pois deve ocorrer também nas escolas, nas universidades, no trânsito, na mídia, nos diferentes órgãos públicos e nos Centros de Saúde e Hospitais. Os municípios podem liderar esse processo usando inclusive parte de suas verbas de publicidade.

4. Organização Mundial da Saúde. Opas. Doenças transmissíveis e não transmissíveis [internet]. [acesso em 2019 set]. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=569:conceito-doencas-cronicas-nao-transmisiveis&Itemid=463.

CAPÍTULO 4

4. SAÚDE DA MULHER

Especializei-me em ginecologia e, sete anos após minha formatura, fui à Europa com bolsa do governo italiano (1964-1965) para aprimorar-me em cirurgia oncológica e mamária em Firenze, Milão e Paris.

Na minha vivência mediterrânea, porém, não pude deixar de observar um momento político europeu muito rico em ensinamentos, qual seja, o de recuperação pós-guerra e a implantação do Welfare State, que na saúde significava um sistema nacional equitativo, que procurava privilegiar a todos e, especialmente, as minorias, incluindo-se aí as mulheres.

Voltando ao Brasil, fui convidado pelo professor Bussâmara Neme para, sob sua orientação, ocupar a chefia de clínica do Departamento de Ginecologia e Obstetria da Unicamp, que se iniciava naquele então.

Foram coincidências interessantes e convergentes, pois pude dar a esse departamento uma orientação de atenção integral à mulher, e não somente uma diretriz técnica e científica a seus órgãos reprodutivos, como ocorria nestas bandas do Atlântico.

Essa oportunidade me apaixonou, e acabei dedicando-me à sua implantação e aprimoramento ao longo da vida. Organizei o primeiro Programa de Controle do Câncer Cérvico-Uterino do Brasil em Campinas (PCCUC); construí o primeiro Hospital Universitário da Mulher da Unicamp, o Centro de Atenção Integral à Saúde da Mulher (Caism); implantei o Pérola Byington em São Paulo; fui o primeiro brasileiro – e único até agora – a presidir a Federação Internacional de Ginecologia e Obstetria (FIGO), levando essas práticas à Ásia e à África.

O trabalho foi reconhecido internacionalmente, o que me fez receber da Universidade de Bologna, na Itália, a mais antiga do mundo, o título de doutor Honoris Causa pela contribuição internacional dada à saúde da mulher e à criação do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (Paism) no Brasil e o seu transporte para o âmbito internacional.

Foram experiências difíceis, pois nenhuma dessas conquistas deixou de ter oposições dedicadas e entrópicas, porém aquelas bem-sucedidas tiveram resultados tão evidentes que estão se multiplicando hoje espontaneamente.

Seria impossível não dedicar a essa questão alguns capítulos, até porque o processo enraizado de discriminação e dominação da mulher ainda persiste na sociedade brasileira e penetra com peso no sistema de saúde, relegando a mulher a segundo plano em vários setores e provocando taxas altas de mortalidade.

Nossa mortalidade materna supera 100/100 mil, 20 vezes maior do que em qualquer país, rico ou pobre, que cuida da sua saúde; enquanto a infantil, que ainda é muito alta, não passa de três vezes maior. Outros vários exemplos também são citados aqui, e são apresentados também modelos comprovadamente bem-sucedidos de atenção integral à mulher.

4.1 OS PRIMÓRDIOS DO PROGRAMA DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DA MULHER (PAISM): ENTRE BUCAREST (1974) E MÉXICO (1984)

As altas taxas de crescimento populacional tinham emprestado à questão da reprodução humana, em todo o mundo, importância política e social cada vez maior. A isso correspondia, naturalmente, um esforço sistemático das nações desenvolvidas em influir na condução dos assuntos demográficos de regiões inteiras.

O resultado é que, especialmente no Terceiro Mundo, a condição da mulher, fator elementar na questão da reprodução, tornou-se simples reflexo de interesses internacionais em jogo.

A cada dez anos realiza-se, em algum lugar do mundo, sob os auspícios da ONU, a Conferência Mundial de População.

Houve duas que quero aqui destacar realizadas, respectivamente, em Bucarest, Romênia (1974), e na Cidade do México (1984). Embora seu documento final não tenha qualquer valor legal, convencionou-se tomá-lo como um guia moral, ético e até mesmo científico nos assuntos internacionais de população para os dez anos seguintes.

O problema é que suas conclusões, em geral satisfatórias e até coincidentes com os interesses do Terceiro Mundo, não raro passam a ser utilizadas para justificar intervenções controlistas das mais variadas naturezas, atendendo às conveniências de agências nacionais ou internacionais.

O exemplo de Bucarest foi ilustrativo. Seu plano de ação, no original, era inequivocamente bom e poderia servir às boas intenções da Conferência do México, sem a mudança de uma única vírgula. Uns poucos anos, entretanto, bastaram para que seu conteúdo excepcional se convertesse, mercê das inúmeras interpretações transversas, num formidável escudo de proteção para as ações intervencionistas.

Vale a pena recapitular alguns pontos básicos do plano de ação de Bucarest no sentido de aquilatar-se, de uma perspectiva histórica, o quanto esse documento foi violado. Servirá, no mínimo, para estabelecer os parâmetros de defesa intrínseca da chamada Declaração do México, em que a participação brasileira foi muito mais atuante, caso se queira realmente dar-lhe eficácia real e positiva.

Começa o documento de Bucarest com recomendações de metas demográficas, em que se sugere aos países em desenvolvimento uma redução anual de 0,4% no seu ritmo de crescimento.

Coloca claramente, entretanto, a liberdade desses países de fazê-lo ou não e da forma como fazê-lo. Reafirma essa liberdade, condicionando a ajuda internacional no campo a um pedido expresso e oficial dos governos. Dedicou menos de uma página a recomendações sobre crescimento populacional e várias sobre políticas de redução da mortalidade e morbidade, relacionando-as com as taxas de queda de fecundidade e da morbidade.

Recomenda a integração das ações anticoncepcionais num contexto de políticas mais abrangentes de recuperação e proteção à saúde, inserindo-as numa estratégia global de desenvolvimento. Inclui um capítulo importante sobre a condição da mulher, reivindicando sua integração no processo de desenvolvimento com as mesmas oportunidades oferecidas ao homem. Finalmente, analisa fatores como distribuição de população, migrações internas e migrações internacionais, estruturas políticas, econômicas e de população.

O reducionismo que sofreu esse plano na interpretação das agências internacionais e do governo americano, no período em que se seguiu a Bucareste, foi notável.

Em poucos meses, praticamente todas as recomendações foram esquecidas, menos a demográfica. Afora a questão da fecundidade, não se demonstrou qualquer interesse pelas demais considerações sobre saúde, condição da mulher, autonomia política dos governos etc.

As justificativas eram também reducionistas: sendo extremamente problemático interferir sobre políticas de saúde, fazia-se o possível mediante a ampla distribuição de anticoncepcionais, com o objetivo, dizia-se, de 'mitigar' certos males, evitando-se nascimentos.

A condição da mulher foi gradativamente reduzida ao direito, algo primário, de definir sua prole quando tivesse acesso aos métodos anticoncepcionais. Ademais, o respeito à autonomia dos governos existia apenas quando suas políticas demográficas coincidiam com a orientação da Associação Internacional de Desenvolvimento (AID).

4.1.1 O INTERVENCIÓNISMO AO LONGO DA DÉCADA

As formas de ingerência internacional, contudo, não seguiram uma mesma receita durante toda a década. Eram definidas, antes, pela evolução do relacionamento norte-sul e pela trajetória dos conflitos sociais localizados.

Note-se que tais conflitos, que na época de Bucareste estavam circunscritos ao Oriente Médio e a alguns países asiáticos, gradativamente reencontravam terreno propício na América Latina, particularmente na América Central, no Caribe e no Atlântico Sul.

Tendeu-se a tentar explicar os conflitos, atribuindo-os ao excesso populacional, o que equivalia a colocar imediatamente os dispositivos controlistas a serviço da paz. É a época em que os programas de planejamento familiar importados ganham, com certo tempero ideológico, um inconvincente papel anticonflitual.

Embora nuvens negras já pesassem sobre a economia mundial, continuava fluindo dinheiro fácil para os programas intervencionistas, especialmente quando sua implantação incluía a compra de lideranças regionais.

Logo a seguir, no início dos anos 1980, a política internacional de ingerência não poderia passar ao largo, naturalmente, do problema da dívida externa do Terceiro Mundo e do leque de imposições do FMI.

Embora a Conferência do México tenha apontado para outra direção, na verdade, não se pode descartar, ao longo dos anos seguintes, o risco de uma ação supranacional de controle populacional atrelada a uma eventual política de concessões do FMI. Ou seja, tentava-se condicionar uma atitude mais benevolente do FMI a uma política demográfica controlista, manifesta por dentro dos próprios países endividados. Passou-se, assim, de uma ação controlista corruptora para uma ação controlista imposta pelo critério monetário.

Um ponto a considerar, entretanto, foi a gradativa substituição, no cone sul da América Latina, dos regimes autocráticos, em sua maioria indulgentes com intervencionismo, pelos de compleição democrática e populista. O quadro político continuou se alterando, e as transformações em curso em países como o Brasil e a Argentina não deixaram de influir nas regras do jogo internacional, especialmente abaixo da linha do Equador.

Outrossim, embora a democracia não tenha sido a garantia contra as ações de ingerência na área demográfica, reforçou, sem dúvida, a defesa da liberdade e dos interesses nacionais, bem como a liberdade e os interesses da mulher, permitindo, pelo menos, uma discussão mais aberta.

4.1.2 O DECLÍNIO DA FERTILIDADE NO BRASIL

Nesse contexto, o Brasil foi um dos países que mais sofreram as consequências da ação internacional, para quem o alvo preferido foram sempre aquelas populações de mulheres, cujas condições de bem-estar físico e social certamente pioraram de Bucaresta ao México.

É fato que, em decorrência disso e por caminhos tortos, a população brasileira sofreu mudanças significativas em sua dinâmica de crescimento nessas décadas. A taxa de crescimento médio anual de 3% no período 1940-70 caiu, nos anos 1970, para 2,5%, o que significou uma redução real de 14%. Há que se considerar também que, de 1940 a 1970, a taxa de mortalidade caiu de 21% para 8%¹.

Nessas circunstâncias, parece claro que o declínio da taxa de crescimento populacional esteve diretamente relacionado com a queda da fecundidade. Veremos mais adiante que o aumento do uso de anticoncepcionais teve um papel preponderante nisso.

Entretanto, é preciso reconhecer que a expansão demográfica brasileira ainda permaneceu alta quando comparada às taxas dos países mais desenvolvidos; e a distância que ainda nos separa desses países não se referiu somente à fecundidade, mas também à mortalidade e às condições gerais de saúde.

Ademais, quando nos lembramos de que a mortalidade infantil no Brasil era quase dez vezes superior à dos EUA ou da Europa Ocidental daquela época, tornou-se difícil

1. Brasil. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Departamento de População e Indicadores Sociais. Coordenação de População e Indicadores Sociais. Estatísticas de saúde: assistência médico-sanitária 2005 [internet]. Rio de Janeiro; 2006 [acesso em 2019 set]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaodevida/ams/2005/ams2005.pdf>.

concentrar toda a atenção na questão da fecundidade, sem inseri-la num contexto mais global de saúde.

É importante observar que o atual equilíbrio entre baixa mortalidade e baixa fertilidade em países desenvolvidos foi historicamente precedido por períodos de rápido crescimento populacional devido ao fato de que, no início, a mortalidade caiu como resultado da melhora das condições de vida e de saneamento ambiental. Essa melhora propiciou, em seguida, a queda das taxas de natalidade até seu ponto de equilíbrio com os padrões da baixa mortalidade.

Aparentemente, os grupos sociais necessitam de uma razoável garantia de sobrevivência, por meio de seus descendentes, antes de se disporem a reduzir de forma significativa sua fecundidade.

No Brasil, Merrick e Berquó² demonstraram, em 1983, que, em suas diferentes formas, a anticoncepção desempenhou um papel da maior importância na redução da fertilidade ao longo das últimas décadas.

Curiosamente, contudo, a despeito de esforços específicos de planejamento familiar concentrados no Nordeste, foi no Sul que as taxas de fecundidade experimentaram quedas mais significativas. Reforçando o raciocínio anterior, talvez isso deva ser atribuído à melhor expectativa de vida que, no Sul, permite que os casais tomem mais tranquilamente medidas de redução de sua fertilidade.

No Rio Grande do Sul, em 1982, 72% das mulheres casadas entre 15 e 44 anos de idade estavam usando alguma forma de anticoncepção. Taxa ligeiramente mais baixa se registrava nos estados do Sudeste. No Nordeste, entretanto, as médias oscilavam entre 31% e 47%³.

Em outras palavras, da mesma forma que pareceu claro que a redução da fertilidade foi motivada pelo aumento do uso de anticoncepcionais – em oposição a casamentos tardios e abortos, por exemplo –, não resta também dúvida de que o uso de métodos anticoncepcionais foi determinado muito mais por fatores socioeconômicos que propriamente pela atividade dos programas de planejamento familiar.

4.1.3 DISTORÇÕES DO PLANEJAMENTO FAMILIAR NO BRASIL

O temor obsessivo e inconsistente da explosão demográfica favoreceu, entre nós, o desenvolvimento de programas de planejamento familiar por agências particulares. Merece uma análise severa a forma como esses programas foram executados. Obviamente, não houve neles a falta de anticoncepcionais. O que houve foi desordem na distribuição e distorções na sua forma de uso, não levando em conta nem a livre escolha das mulheres quanto a regular ou não sua fertilidade, nem a sua saúde, quanto a eleger o método mais conveniente para cada situação e cada etapa de vida.

2. Merrick TW, Berquó E. The determinants of Brazil's recent rapid decline in fertility. Washington (DC): National Academy Press; 1983. (Committee on Population and Demography, Report 23).

3. Hardy, EE; Moraes, TM; Faúndes, A; Vera, S; Pinotti, JA. Adequação do uso de pílula anticoncepcional entre mulheres unidas. 1991 [internet]. [acesso em 2019 set]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89101991000200003

Só isso explica o fato de que, em São Paulo e no Rio Grande do Norte, mais de 10% das mulheres casadas, de 40 a 44 anos⁴, continuavam a usar pílulas anticoncepcionais, aparentemente ignorando que é exatamente esse o pior método para sua faixa de idade pelo alto risco de agravamento ou desenvolvimento de certas patologias.

Informação incompleta e falta de alternativas de escolha foram também as únicas explicações cabíveis para o fato de que mais de 11% das mulheres casadas, com idade inferior a 25 anos, em Pernambuco e na Paraíba⁵, já estavam esterilizadas.

A hesitação governamental, naquele então, em liberar o Dispositivo Intrauterino (DIU), impossibilitando seu oferecimento pelos serviços oficiais de saúde, aliada à escassa difusão e ao alto preço dos métodos de barreira (condon e diafragma vaginal) deixam à mulher brasileira a alternativa da pílula ou a da abstinência periódica.

Perante impasses como a intolerância pela pílula, restou finalmente a opção da ligadura tubária ou, mais remotamente, a vasectomia. Como estas duas últimas alternativas não são facilmente obtidas, nenhuma surpresa houve no crescente aumento da incidência de abortos.

Aspecto não menos importante foi o fato de que, em muitos casos, a gravidez pode representar um risco de vida tanto para a mulher como para o feto. Essa mulher, naturalmente, precisa controlar sua fertilidade.

Um estudo retrospectivo feito em 1976 com um grupo de mulheres que cinco anos antes haviam sido consideradas de alto risco gestacional demonstrou que, sem exceção, todas engravidaram naquele período – tendo 48% dos fetos morrido por aborto, morte fetal tardia, complicações no período do neonato ou na primeira infância⁶.

O que essas mulheres necessitavam era espaçar sua próxima gravidez ou, em alguns casos, evitá-la totalmente. Contudo, o mais grave é que, quando interrogadas, todas essas mulheres responderam que não desejavam, na época, outro filho. Havia lhes faltado, claramente, uma atenção específica do sistema oficial de saúde.

Esses dados não indicam outra coisa senão que a mulher brasileira estava ainda longe de ter liberdade de escolha, tanto para decidir o intervalo cronológico entre um filho e outro como para eleger o seu método mais conveniente de anti-concepção.

Parece claro que ela foi vítima de ações anticoncepcionais que não procuraram outra coisa que não a redução da taxa de natalidade, pouco importando os riscos daí advindos, tampouco as condições gerais de saúde da população atingida.

4. Hardy EE; Moraes TM; Faúndes A; Vera S; Pinotti JA. Adequação do uso de pílula anticoncepcional entre mulheres unidas. 1991 [internet]. [acesso em 2019 set]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89101991000200003.

5. Silveira MH. Spontaneous and induced abortion. An epidemiological study. 1976. [internet]. [acesso em 2019 set]. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=1976+high+risk+pregnancy+brazil+48%25>.

6. Silveira MH. Spontaneous and induced abortion. An epidemiological study. 1976. [internet]. [acesso em 2019 set]. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=1976+high+risk+pregnancy+brazil+48%25>.

4.1.4 UMA PROPOSTA DE SOLUÇÃO

Até aqui, três realidades pareciam ter sido demonstradas: uma, que o aparente perigo de explosão demográfica fica afastado na medida em que a fecundidade no Brasil está caindo de maneira bastante acelerada; outra, que a população só reduz voluntariamente sua fecundidade após atingir um limiar razoável de controle da mortalidade infantil e condições de vida melhores e, por último, que o principal mecanismo do planejamento familiar no Brasil não tinha sido a melhora da qualidade de vida, mas o uso indiscriminado de anticoncepcionais.

Tanto o aspecto do uso indevido de contraceptivos como o da falta de acesso aos métodos de anticoncepção, quando necessários, resultaram da desordem que imperava na área.

Esses problemas mostram claramente as necessidades da intervenção no setor oficial de saúde, a qual começaria por normatizar o uso dos métodos, de forma a minimizar seus possíveis efeitos negativos.

Bem indicado, bem utilizado, com treinamento adequado das equipes de saúde e com informação correta e honesta à população, o planejamento familiar é um poderoso instrumento na proteção da saúde da mãe e da criança. Tratava-se, entretanto, de integrá-lo a outras ações de saúde, para que funcionasse de forma orgânica com a política de saúde do País.

Experiências da Universidade Estadual de Campinas na área ilustram a necessidade dessa integração. A partir de 1975, a Unicamp passou a realizar um check-up ginecológico simplificado em todas as pacientes que procuravam o seu Hospital das Clínicas, com ou sem queixa ginecológica.

Das primeiras 7.320 mulheres examinadas, cerca de 30% eram portadoras de algum tipo de patologia ginecológica importante. Isso significa que, se a essas mulheres fosse oferecido somente o serviço de planejamento familiar, teriam sido deixados de lado problemas de saúde que mais tarde poderiam levá-las precocemente à morte ou a sequelas graves.

A verticalização do planejamento familiar traz também o risco frequente do desvio de recursos de outras atividades de primeira linha, como o acompanhamento pré-natal ou os programas de imunização, para a implementação exclusiva de ações anticoncepcionais.

Esse risco é ainda maior quando se sabe que os programas verticais de planejamento familiar, oficiais ou não, em geral aproveitam os recursos humanos e clínicos dos programas de saúde materno-infantis existentes, o que lhes permite utilizar seus recursos próprios para motivar a clientela e os profissionais dos postos de saúde.

Pareceu lógico que, em se estimulando ao máximo a anticoncepção, sem um esforço correspondente para o pré-natal, as vacinas ou o controle de câncer, rapidamente se esvaziará o impacto dessas atividades em favor do planejamento familiar.

Ficava mais claro que a integração das atividades de planejamento familiar no sistema oficial de saúde era, se não única, a melhor forma de torná-las universais e permanentes,

já que passam a independem de recursos privados, em geral provenientes do exterior, cuja interrupção ou diminuição colocariam em risco suas próprias finalidades.

Além disso, é no sistema oficial que o planejamento familiar ganhará eficiência real e baixo risco, uma vez colocado na hierarquia que lhe é devida, no contexto de cada região.

Os que se opunham à ideia de subordinar o planejamento familiar ao Ministério da Saúde, em geral, não contestaram, nem poderiam contestar, as razões expostas. Procuravam, entretanto, fazer crer que as propostas de integração com o programa geral de saúde eram inviáveis, complexas demais, e, sobretudo, muito caras.

Argumentar que era caro fazer prevenção de câncer ginecológico e de mama, ou de prover cuidados pré-natais às mulheres grávidas, foi próprio dos que desconheciam ou fingiam desconhecer os custos reais da saúde pública.

O Estado vinha arcando cada vez mais com os altos custos da medicina terciária superutilizada, sem que ninguém colocasse objeções aos gastos com radioterapia, cirurgias extensas e internações prolongadas e custosas.

Colocavam, porém, objeções frequentes a práticas preventivas e de diagnóstico precoce que, apesar de simples e baratas, permitiam curar 100%⁷ dos casos, evitando dor, mutilação e perda de vidas. Tratá-las mais tarde, de resto, pode custar dez vezes mais.

4.1.5 A NOVA POSIÇÃO BRASILEIRA

A trágica trama que se armou contra a mulher, a partir de Bucareste, colocou, de um lado, a política controlista internacional, com seus abundantes recursos e com a sombra velada do FMI; e de outro, a incapacidade e a falta de coragem dos países subdesenvolvidos para enfrentar situações conflitantes que há muito deveriam ter resultado numa política demográfica firme e coerente.

Já nos anos 1980, influenciado pela perda de poder do regime militar e pelos ares do *Welfare State* europeu, vai ficando mais claro no Brasil que a solução para o problema do crescimento populacional passa, primeiro, pela existência de uma vontade política nacional e, segundo, pela decisão governamental de criar uma verdadeira política de saúde em que os programas anticoncepcionais, no contexto das ações gerais de saúde, estejam convenientemente inseridos⁸.

Feito isso, trata-se de não estimular – e até mesmo impedir – a atuação de políticas não compatíveis com o princípio da liberdade e do pleno respeito à vida humana, particularmente aquelas atreladas aos interesses internacionais não coincidentes com os nossos.

Sinal dos tempos, a posição defendida pelo Brasil não mostrou, dessa vez, o tom de indefinição de ocasiões anteriores e, de modo até inusitado, decidiu subordinar taxativamente as mudanças demográficas às políticas de desenvolvimento social.

7. Pinotti JA, Tojal ML, Nisida AC, Pinotti M. Comprehensive health care for women in a public hospital in São Paulo, Brazil. *Reprod Health Matters*. 2001 Nov;9(18):69-78.

8. Nesse contexto, a Lei nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996 regulamentou o § 7º do art. 226 da Constituição Federal, que trata do planejamento familiar.

Da parte do governo, entretanto, não havia surpresa alguma: tratava-se de uma proposta amadurecida ao longo de dois anos, para cuja formulação tinham sido convocados experientes acadêmicos da área de população e saúde. Era simples e podia ser resumida em três pontos: i) deve-se atender ao direito individual dos casais, oferecendo-lhes, de forma singela, porém efetiva, métodos anticoncepcionais adequados sem desprezar as demais necessidades de saúde da mulher; ii) deve ser preservada a independência de cada governo em relação a suas metas demográficas; e , iii) deve-se partir do princípio de que a evolução demográfica dos países é consequência, em primeiro grau, do processo de desenvolvimento e não de ações anticoncepcionais diretas.

Parece possível que, mesmo sem ter buscado conscientemente a adoção de uma política demográfica, o Brasil já a estabeleceu na conferência do México. Também, tratava-se, em todos os aspectos, de uma política demográfica conveniente a um país em desenvolvimento.

Claro que teorizar é uma coisa e fazer é outra, mas o importante é que, pela primeira vez, o governo ocupou-se do problema com a seriedade e a independência que todos os brasileiros, e a mulher brasileira em particular, vinham merecendo.

Era indispensável, contudo, que essa disposição continuasse e que fossem estimulados, por exemplo, programas como o de 'Assistência Integral à Saúde da Mulher', inquestionavelmente a base da proposta brasileira no México.

É nesse contexto que nasce o Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (Paism) no Brasil, fortalecido pelos grupos organizados de mulheres, que vão adquirindo cada vez mais participação ativa no processo.

4.2 A EXPERIÊNCIA DO HOSPITAL PÉROLA BYINGTON

A aplicação prática do conceito de atenção integral à saúde requer uma série de condições que incluem a vontade política, estímulo e treinamento do pessoal da saúde, bem como a organização do sistema de saúde, de acordo com os modelos descentralizados, com regionalização, hierarquização das ações de saúde e a delegação de funções.

A Atenção Primária à Saúde (APS) deve ser compreendida em conformidade com os conceitos corretos da Declaração de Alma-Ata⁹ e da definição de prioridades feitas com critérios epidemiológicos locais.

Mesmo considerando, porém, todos esses pressupostos, o ponto principal está na integração das ações de saúde durante as consultas médicas motivadas por determinada sintomatologia. Em outras palavras, devemos integrar ações de atendimento à demanda sintomatológica com as intervenções epidemiológicas que visam à prevenção, à detecção e ao diagnóstico precoce.

Para isso, no Hospital Pérola Byington (HPB), estruturou-se um microsistema de saúde voltado para a mulher com as características acima descritas, que acabou, por efeito

9. Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, realizada em setembro de 1978, pela Organização Mundial da Saúde (OMS) em Alma-Ata, na República do Cazaquistão.

vicariante, expandindo-se além do planejado e atendendo uma quantidade expressiva de mulheres.

Os resultados da aplicação prática do conceito de saúde reprodutiva em São Paulo foram perceptíveis no Centro de Referência para a Saúde da Mulher – HPB, de 1991 a 1998.

Criado em 1990, o HPB, pertencente à Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo, dedicou-se continuamente à pesquisa operacional para implementar um programa mais abrangente de atendimento à mulher, que se estendesse desde o ambulatório até os diferentes níveis de referência.

Após oito anos de funcionamento, esse hospital atingiu grande parte dos seus objetivos ao oferecer dos mais simples atendimentos às mais complexas tecnologias diagnósticas e terapêuticas disponíveis para o controle dos problemas ginecológicos e da mama.

Nesse programa, as pacientes participavam do processo de decisão de variadas formas: servindo como *ombudswoman*; interagindo nas atividades relacionadas com a educação e saúde; tornando-se membros do Conselho do Hospital, que era predominantemente representado por mulheres, e por meio de um relacionamento amigável entre as pacientes e a diretoria.

Entretanto, o ponto que gostaríamos de enfatizar é a organização de um novo modelo de APS da mulher, que põe em prática o conceito de integralidade e horizontalização de ações de saúde, combatendo as diferentes armadilhas e sofismas interpostos à prática de uma prevenção real e coerente.

Uma equipe de saúde implementava de forma compartilhada, no ambulatório experimental do HPB, a integração dos serviços de prevenção, detecção, diagnóstico e terapêutica.

Essa equipe abrangia profissionais médicos e de outras áreas da saúde, que trabalhavam em conjunto para alcançar o seu objetivo, usando as estratégias de integração de ações e delegação de funções de acordo com as habilidades tradicionais e aquelas obtidas mediante treinamento.

O tempo em que as mulheres permaneciam na sala de espera era usado para breves e incisivas lições sobre sua saúde e direitos, enquanto preenchiam um questionário sobre dados epidemiológicos e de anamnese, que eram utilizados pela auxiliar de enfermagem, na pré-consulta, e pelo médico, durante a consulta. Explicava-se também como seria atendida quando entrasse na sala de consulta.

No consultório, a paciente era inicialmente atendida por uma auxiliar de enfermagem treinada, que executava uma série de procedimentos de acordo com a idade da paciente. Após esses procedimentos, que duravam cerca de 20 minutos, o médico entrava, recebia o relatório da auxiliar de enfermagem, examinava a paciente, revia alguns procedimentos e realizava o exame ginecológico.

Dessa forma, ele formulava a sua hipótese diagnóstica, conversava com a paciente, orientando-a, respondendo a questões, pedindo os exames adicionais esclarecedores e/ou prescrevendo, para, a seguir, deixar a sala. Esse processo levava de cinco a oito minutos.

A auxiliar de enfermagem permanecia com a paciente, a fim de esclarecê-la melhor sobre o que fora dito pelo médico, orientando-a a retirar os medicamentos na farmácia, coletar material para exames laboratoriais, novos agendamentos etc.

Esse tipo de organização possibilitava ao médico trabalhar com cinco auxiliares de enfermagem¹⁰ e atender a um número maior de pacientes de forma mais abrangente, com maior facilidade, eficiência e conforto.

As ações de detecção e de prevenção foram selecionadas para diagnosticar as doenças mais prevalentes nos diferentes grupos etários e sua viabilidade de sucesso (problemas de saúde pública), como câncer, DST¹¹, Aids, hipertensão, diabetes e outros.

Como o número de pacientes diagnosticadas era muito grande, cada patologia se transformava em um programa específico para as pacientes que apresentassem resultados positivos. Cada um desses programas era coordenado por um médico, abrangendo também delegação de funções e organização de grupos de mulheres de acordo com a sua doença (diabetes, hipertensão, obesidade, incontinência urinária, osteoporose, DST etc.).

A consulta médica se completava em outros setores do hospital, como na farmácia, onde, enquanto recebia seus medicamentos, a paciente era novamente orientada ou, ainda, nos laboratórios, onde as amostras eram coletadas e ela tinha acesso a novas informações.

Os resultados de exames com caráter preventivo eram enviados para a paciente pelo correio. Quando se identificava a necessidade de uma complementação diagnóstica ou de um tratamento, nova data era agendada para a paciente retornar à consulta médica com os testes de laboratório e resultados de raios-x, que, por sua vez, também podiam ser facilmente acessados pelo médico na rede de computadores. As consultas e o retorno médico eram também agendados por um serviço informatizado.

A burocracia era minimizada por essa organização. Até os exames negativos eram informados pelo correio, com a devida interpretação, para evitar deslocamentos desnecessários das pacientes.

Os resultados desse projeto, no âmbito ambulatorial, podem ser observados pelos diagnósticos feitos a partir do relato das queixas das pacientes, da incidência de detecção de doenças aparentemente assintomáticas ou consideradas como não significantes por estas, bem como pelos resultados de dois dos inúmeros programas de controle decorrentes deste processo de detecção.

Esses resultados, no seu conjunto, demonstram a viabilidade dessa organização estratégica na detecção das principais patologias entre as mulheres, a possibilidade de diagnosticar e tratar a demanda oculta, bem como as péssimas condições de saúde em que essas mulheres se encontram.

10. Brasil. Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem, e dá outras providências. Brasília: DF. Diário Oficial da União [internet]. 1986 [acesso em 2019 set]; Seção 1, p. 9275-9279. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L7498.htm. Acesso em: set 2019. Brasil. Decreto nº 94.406/87. Regulamenta a Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, que dispõe sobre o exercício da Enfermagem, e dá outras providências. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/decreto-n-9440687_4173.html. Acesso em: set 2019.

11. Atualmente, é utilizada a expressão 'Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST)'.

Analisando os diagnósticos obtidos diante dos sintomas que levaram as pacientes a procurar uma consulta, observamos que há um importante diferencial entre aquelas que têm mais de 45 anos e as que se encontram abaixo dessa idade. Metade das pacientes acima de 45 anos vieram por problemas relacionados com a síndrome da menopausa, enquanto a principal razão para a consulta das pacientes abaixo de 45 anos eram infecções do trato reprodutivo (26% delas)¹².

Observando a detecção de doenças por meio do processo de diferentes intervenções epidemiológicas nessas pacientes, encontramos também significativa diferença de acordo com a idade.

Pacientes acima de 45 anos apresentaram alta incidência de hipertensão, diabetes e obesidade, enquanto aquelas com idade inferior a 45 anos apresentaram uma predominância de infecções no aparelho reprodutivo (58%), que realmente superou as nossas expectativas¹³.

Esse fato pode explicar a alta incidência do Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) positivo em mulheres assintomáticas (0,9%). Muitos estudos demonstram que as mulheres com infecções ginecológicas têm de cinco a dez vezes mais risco de contrair uma infecção por HIV que as mulheres saudáveis¹⁴.

Alguns itens mereceram uma discussão mais aprofundada. Para assegurar que a mudança do 'controle da natalidade' para 'planejamento familiar' fosse feita, o que também era uma preocupação do projeto, fez-se necessário que os métodos de planejamento familiar, na maioria, estivessem disponíveis, assim como o planejamento familiar oferecido juntamente com outras medidas de APS, dentro do conceito de saúde reprodutiva.

São também necessárias as atividades educativas tanto para usuárias como para a equipe de saúde, a fim de permitir uma escolha adequada do método anticoncepcional, o que foi atingido no modelo de atendimento primário à saúde, que estamos discutindo.

O método de contracepção foi trocado em 8% das pacientes, pois nesses casos ele era contraindicado por alguma razão, causando riscos à saúde. O objetivo foi transformar o Programa de Controle da Natalidade em Programa de Planejamento Familiar, utilizando o método correto para cada mulher, ou seja, aquele método que eficientemente previne uma gravidez indesejada, mas que não causa riscos adicionais para sua saúde e permite uma livre escolha informada¹⁵.

Dois programas gerados pelo processo de detecção podem exemplificar melhor os resultados obtidos em termos de seu impacto sobre a diminuição da morbidade e mortalidade. Apresentam a distribuição relativa do câncer *in situ* e câncer invasivo cervical, inclusive os casos de Vírus do Papiloma Humano (HPV).

12. O autor não indicou a fonte da informação.

13. O autor não indicou a fonte da informação.

14. O autor não indicou a fonte da informação.

15. Pinotti JA, Tojal ML, Nisida AC, Pinotti M. Comprehensive health care for women in a public hospital in São Paulo, Brazil. *Reprod Health Matters*. 2001 Nov;9(18):69-78.

Esses dados demonstram que, ano após ano, de 1995 a 1998, o percentual de câncer invasivo diminuiu substancialmente, enquanto os percentuais de câncer *in situ* e dos casos de HPV cresceram. Isso também representa um efeito indubitável na redução da taxa de mortalidade nos anos vindouros¹⁶.

Resultados como esses não serão obtidos somente com o Papanicolaou, pois, nesse projeto, além de se usar o teste citológico para detecção do câncer, usava-se também o teste de *Schiller*¹⁷ e o exame especular.

Realizava-se, outrossim, detecção, diagnóstico e tratamento das infecções genitais que constituem a base etiológica do câncer de colo, e educação e estímulo ao coito protegido, que é a medida de prevenção primária dessa doença. Estávamos, dessa forma, caminhando para a sua erradicação.

Resultados semelhantes foram obtidos no programa de controle do câncer de mama. A quantidade dos tumores não palpáveis em relação ao câncer invasivo diagnosticado clinicamente de 1,4% para 8,8%, de 1995 a 1998. É preciso acrescentar que, nos casos de lesões não palpáveis, a cura é de 100%, e a retirada da mama não é necessária¹⁸.

Com os dois exemplos, pode-se perceber o que ocorreu com as demais patologias e qual foi o impacto sobre morbidade e mortalidade nas 396 mil mulheres registradas no HPB nesse período¹⁹.

Além das perspectivas favoráveis com relação à morbidade e mortalidade, esse modelo oferece economia de recursos não somente pela integração das ações de saúde e delegação de funções, que viabilizam economicamente o processo de detecção multidirecional, como também devido ao baixo custo resultante do diagnóstico e tratamento das patologias nos estágios iniciais.

O custo do projeto no HPB foi muito favorável. Calculou-se em R\$ 15,50/mês (dados de 1997) o custo de cada paciente registrado no hospital, não só na APS, mas também para cirurgias, recuperação e todos os diagnósticos e tratamentos complexos, incluindo o câncer, a quimioterapia e a fertilização assistida²⁰.

Para se ter ideia da viabilidade econômica desse projeto, pode-se comparar seu custo ao do Plano de Assistência à Saúde (PAS), da Prefeitura Municipal de São Paulo, por cidadão potencialmente cadastrado, que foi, nos seus dois primeiros anos, de R\$ 18,00 por mês²¹.

16. Comprehensive health care for women in a public hospital in São Paulo, Brazil. *Reprod Health Matters*. 2001 Nov;9(18):69-78..

17. Exame de diagnóstico que consiste em colorir a região interna da vagina e do colo do útero com uma solução iodada, a fim de observar a integridade do epitélio.

18. O autor não indicou a fonte da informação.

19. Pinotti JA, Tojal ML, Nisida AC, Pinotti M. Comprehensive health care for women in a public hospital in São Paulo, Brazil. *Reprod Health Matters*. 2001 Nov;9(18):69-78..

20. BUCCI MPD. O Plano de Atendimento à Saúde (PAS) e o Abuso das Formas Jurídicas. *Revista de Direito Administrativo*. Fundação Getúlio Vargas. 1997. Rio de Janeiro. [internet]. [acesso em 2019 set]. Disponível em: <http://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/rda/article/viewFile/46990/46161>.

21. BUCCI MPD. O Plano de Atendimento à Saúde (PAS) e o Abuso das Formas Jurídicas. *Revista de Direito Administrativo*. Fundação Getúlio Vargas. 1997. Rio de Janeiro. [internet]. [acesso em 2019 set]. Disponível em: <http://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/rda/article/viewFile/46990/46161>.

Note-se que apenas um percentual, talvez menor de 20% dessa população, utilizava os serviços do PAS, que também não passavam do nível secundário, enquanto no sistema do HPB, íamos do nível primário ao terciário e considerávamos o custo por paciente efetivamente registrada e atendida no hospital.

A condição fundamental para obter a integração da demanda das mulheres por serviços de atendimento à saúde com as intervenções epidemiológicas para atingir 'uma abordagem global' na APS é a delegação de funções a diferentes membros da equipe de saúde.

Considerando os resultados positivos obtidos, estamos convictos de que a delegação de competência aos vários membros da equipe de saúde ajuda a atingir simultaneamente atendimento de qualidade, econômico, integral e universal.

Foi por meio de um processo de pesquisa operacional prática e contínua que ficou demonstrado, no HPB, que a auxiliar de enfermagem era a profissional de saúde que mais adequadamente preenchia os requisitos para a sua atuação nesse programa. Essa delegação enriqueceu a sua atuação, tornando-a mais interessada, comprometida e realizada profissionalmente.

Por outro lado, ficou clara a necessidade de treinamento adequado e de supervisão médica contínua que era praticada em cada caso, pois, mesmo quando a auxiliar de enfermagem atinge a capacidade de desenvolver algumas funções específicas, técnicas e adicionais, é impossível para ela realizar uma análise global do caso clínico e orientar a paciente.

Por essa razão, todas as pacientes atendidas pela auxiliar de enfermagem por meio da abordagem abrangente da sua saúde devem ser reavaliadas pelo médico, dentro do mesmo processo de consulta. Foi observado, também, que a auxiliar de enfermagem estabelece com as pacientes uma comunicação mais fácil e amigável do que o médico.

Uma questão de suma importância, embora pouco discutida, é a participação da paciente no processo decisório durante a consulta médica. Durante esse encontro entre médico e paciente, na maioria dos casos, a mulher se transforma numa pessoa totalmente passiva, apesar de ser a maior interessada nas decisões a serem tomadas.

Essa situação é consequência da falta de informação e educação formal, do poder excessivo dos médicos e do processo cultural de discriminação e dominação das mulheres. Esse novo modelo de APS corrige algumas distorções desse processo. Entretanto, a sua correção não deve ser feita somente dentro do sistema de assistência à saúde, mas também na educação médica e na sociedade.

Uma mulher que está bem informada, consciente de seus direitos e sendo assistida por um médico treinado técnica e humanisticamente irá receber um atendimento de qualidade e eficaz.

Analisando-se os resultados, constatamos que esse novo modelo atinge, ao mesmo tempo, viabilidade econômica, uma maior abrangência com significativa redução na burocracia, melhora da qualidade e importante aumento na cobertura.

É um modelo de baixo custo que aumenta significativamente o percentual de diagnósticos precoces das patologias femininas com características de problemas de saúde pública, influenciando dessa forma favoravelmente na diminuição da morbiletalidade e na qualidade de vida das mulheres.

Esse modelo pode, nos seus princípios e na sua estratégia, ser facilmente aplicável a homens adultos e crianças. Infelizmente, esse programa foi interrompido em 1999, baseado nas novas políticas do setor no Brasil.

A comunidade médica nem sempre reagiu positivamente à delegação de funções; a estrutura pública do sistema de saúde não está adaptada a este tipo de atendimento, nem se modifica nessa direção, preferindo lidar com uma patologia de cada vez, organizando as campanhas de saúde a fim de satisfazer os interesses políticos eleitoreiros.

As organizações internacionais estão sempre pressionando os países em desenvolvimento para atender à saúde das mulheres em termos de projetos de planejamento familiar ou dirigidos a uma maternidade sem riscos, pois ambos apontam para o controle da natalidade. Essas instituições, na melhor das hipóteses, acreditam que um atendimento integrado possa vir a ser um objetivo complicado e ambicioso.

Apesar disso, o modelo apresentado conseguiu superar a maioria desses obstáculos, nessa experiência de uma década, demonstrando ser viável. Hoje ele está sendo reproduzido em vários outros países, e temos certeza de que voltará a ser aplicado no Brasil. Por isso o registro dessa experiência.

Em saúde, e nas demais áreas sociais, não existe qualidade sem quantidade, ou seja, a qualidade não pode ser considerada se não incluir a tendência à universalização do benefício.

4.3 VIOLÊNCIA SEXUAL NO BRASIL: UM MODELO DE ATENÇÃO A SER IMPLANTADO

Tópico escrito com a colaboração de Jefferson Drezett, ginecologista, obstetra e professor na Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (USP).

Este tópico foi incluído por duas razões. A primeira, pelo fato de termos organizado no HPB o Programa de Atenção Integral à Mulher em Situação de Violência Sexual (Programa AVS) inovador, pioneiro e com bons resultados. A outra razão é para demonstrar a relevância da instituição 'Hospital da Mulher', pois ele surgiu em modelo desse tipo, o HPB, e foi difundido e introduzido no Ministério da Saúde e na Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo) por outra instituição hospitalar semelhante, que é o Caism, da Unicamp.

Somente uma visão multidisciplinar voltada para a mulher e gerada em uma instituição dedicada a ela pode criar condições para projetos e programas com essas características. Finalmente, porque epidemiologicamente a questão se reveste de grande relevância no País.

Os sólidos indicadores da violência sexual, qualitativos e quantitativos, impressionam por sua magnitude e, principalmente, por sua virulência²², fundamentando a violência sexual como um dos mais graves problemas de saúde pública²³.

No entanto, os danos e agravos da violência sexual permaneceram historicamente ignorados por gestores e profissionais de saúde, bem como pelos responsáveis pela formulação de políticas públicas para as mulheres. Até pouco mais de uma década atrás, era excepcional que os serviços de saúde oferecessem proteção contra os impactos da violência sexual ou reparação de seus agravos²⁴.

Apesar de definida pela OMS como problema de saúde pública, a violência ainda não está incorporada nos programas de ensino universitário, particularmente os das faculdades de medicina.

Poucos profissionais de saúde recebem, durante sua formação, conhecimentos sobre violência de gênero ou capacitação para prestar atendimento apropriado para as mulheres nessa situação. Não é de estranhar que gestores e profissionais de saúde não identifiquem ou reconheçam a violência como problema de saúde pública e, portanto, pouco interesse e importância ofereçam ao tema²⁵.

Em consequência, acumulam-se casos de discriminação, preconceito e abuso de poder em relação às mulheres em situação de violência sexual, que comprometem tanto os aspectos técnicos como os éticos do atendimento²⁶. Fragilizadas, desacreditadas e humilhadas, muitas mulheres decidem pelo silêncio, terminando socialmente isoladas e invisíveis, distantes de seus direitos constitucionais de proteção à saúde e acesso à justiça²⁷.

Os protocolos de assistência às mulheres em situação de violência sexual, desenvolvidos e implantados no Brasil, são considerados exemplares e inspiram semelhantes iniciativas em muitos países, principalmente da América Latina. Esse reconhecimento não resulta, exclusivamente, da qualidade técnica e do cuidado científico desses protocolos. Neles há um forte sentido de resposta do setor saúde ao fenômeno da violência sexual, com a incorporação da perspectiva da violência de gênero, da violação de direitos humanos e de problema de saúde pública. Esses conceitos modificaram, decisivamente, a percepção do setor saúde sobre a violência contra a mulher, colaborando para derrubar mitos e estereótipos. Ainda que esses protocolos representem apenas parte de um expressivo processo de mudanças

22. Drezett J, Del Pozo E. El rol de los servicios de salud en la atención a mujeres víctimas de violencia sexual. La Paz: Ipas. Bolivia; 2002. p. 1-15.

23. D'Oliveira AFPL, Schraiber LB. Violência de gênero como uma questão de saúde: a importância da formação dos profissionais. J Rede Saude. 1999;19:3-4; Heise L, Pitanguy J, Germain A. Violence against women: the hidden health burden. Washington: The International Bank for Reconstruction and Development / The World Bank; 1993.; United Nations. Report of the Fourth World Conference on Women. Beijing, 4-15. September. 1995. New York: UN (sales . 196.IV.13); 1996; World Health Organization (WHO). The prevention and management of unsafe abortion. Report of a Technical Working Group. Geneva. WHO; 1992.

24. American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG). Educational bulletin: adolescent victims of sexual assault. Int J Gynaecol Obstet. 1999;64:195-9; D'Oliveira AFPL, Schraiber LB. Violência de gênero como uma questão de saúde: a importância da formação dos profissionais. J Rede Saude. 1999;19:3-4.; Drezett J, Del Pozo E. El rol de los servicios de salud en la atención a mujeres víctimas de violencia sexual. La Paz: Ipas. Bolivia; 2002. p. 1-15.

25. Drezett J, Del Pozo E. El rol de los servicios de salud en la atención a mujeres víctimas de violencia sexual. La Paz: Ipas. Bolivia; 2002., p. 1-15.

26. Human Rights Watch (HRW). Injustiça criminal: a violência contra a mulher no Brasil. EUA: Americas Watch; 1992.

27. Pimentel S, Schritzmeyer ALP, Padjajjan V. Estupro: crime ou 'cortesia'? Abordagem sociojurídica de gênero. Porto Alegre: SAFE; 1998.

que vem sendo construído nos últimos anos, eles resgatam uma dívida histórica do setor saúde com os direitos sexuais e reprodutivos das mulheres²⁸.

A reação promovida pela iniciativa pioneira do hospital municipal Dr. Arthur Ribeiro de Saboya, conhecido como Hospital do Jabaquara (SP), foi fundamental para alertar a sociedade e os responsáveis pelas políticas públicas sobre a situação de abandono dessas mulheres. Ao mesmo tempo, resgataram-se os debates sobre a questão do direito da mulher de decidir livremente pela interrupção legal da gravidez decorrente da violência sexual.

O modelo de atuação proposto para abordar a gravidez forçada e indesejada se tornou referência e, até os dias atuais, é reproduzido pela maioria dos serviços de saúde brasileiros. O estabelecimento desse primeiro protocolo de assistência, ainda que incompleto se comparado aos modelos atuais, inspirou outros serviços de saúde a seguirem caminho semelhante, permitindo que novas ações fossem agregadas e integradas à assistência, aprimorando consideravelmente a qualidade das ações.

Em 1994, o Centro de Referência da Saúde da Mulher, em São Paulo, implanta um novo conceito de atenção integral para mulheres em situação de violência sexual. O modelo ampliaria as ações de atenção e intervenção tanto para as mulheres com gravidez resultante da violência sexual como para aquelas que não engravidaram em consequência da agressão²⁹. Assim, do Centro de Referência da Saúde da Mulher, surgiram os primeiros protocolos de atenção imediata pós-violência sexual, adotando a profilaxia, a investigação, o aconselhamento e o tratamento das DST. A anticoncepção de emergência foi adotada como elemento crítico, essencial para evitar a gravidez decorrente da violência sexual. Surgem as primeiras investigações sobre a infecção pelo HIV em mulheres em situação de violência sexual e os primeiros protocolos para sua profilaxia³⁰.

Ainda em 1994, ocorre importante salto de qualidade na atenção ao abortamento previsto por lei, com a capacitação conjunta do Hospital do Jabaquara e do Centro de Referência da Saúde da Mulher para o manejo da técnica de aspiração manual intrauterina (Amiu).

Introduzida em nosso meio por Ipas Brasil³¹, a técnica de Amiu garantiu para essas mulheres o acesso à metodologia de interrupção da gravidez do primeiro trimestre. Além disso, o método abriu novas perspectivas sobre a discussão da humanização e da qualidade da atenção das mulheres em situação de violência sexual. Desde então, a técnica de Amiu vem sendo adotada pela maioria dos serviços que prestam atendimento ao abortamento previsto por lei³².

É preciso reconhecer, contudo, que esses avanços, além de não se darem de forma simples, foram mantidos como iniciativas isoladas por vários anos. Desde a implantação do programa municipal do Hospital do Jabaquara, por mais de meia década, apenas quatro

28. Drezett J, Del Pozo E. El rol de los servicios de salud en la atención a mujeres víctimas de violencia sexual. La Paz: Ipas. Bolivia; 2002. p. 1-15.

29. Drezett J, Del Pozo E. El rol de los servicios de salud en la atención a mujeres víctimas de violencia sexual. La Paz: Ipas. Bolivia; 2002. p. 1-15.

30. Drezett J, Del Pozo E. El rol de los servicios de salud en la atención a mujeres víctimas de violencia sexual. La Paz: Ipas. Bolivia; 2002. p. 1-15.

31. O Ipas é a única organização internacional, fundada em 1973, focada apenas na expansão do acesso ao aborto legal e seguro e aos cuidados contraceptivos, na África, Ásia e América Latina.

32. Drezett J. Processos e práticas da implementação dos protocolos de assistência à violência sexual no Brasil. In: Adesse L. ed. A saúde sexual e reprodutiva da mulher no Brasil. Diferentes visões no contexto do aborto. Porto Alegre: Metrópole; 2005. p. 29-41.

serviços de saúde brasileiros mantiveram protocolos de atendimento para mulheres em situação de violência sexual e ofereceram acesso ao abortamento legal.

Esse quadro, no entanto, sofreria dramática mudança a partir de 1996, quando, por iniciativa do professor Aníbal Faúndes, médico chileno e especialista em reprodução humana, foi realizado o primeiro fórum interdisciplinar para discutir a questão do abortamento previsto por lei e do atendimento de mulheres em situação de violência sexual.

A iniciativa mostrou desdobramentos positivos. Sensibilizada e reconhecendo a necessidade de assumir postura ativa ante o tema, a Febrasgo decide criar a Comissão Nacional de Interrupção Legal da Gravidez, oferecendo para a questão da violência sexual expressiva atenção.

O tema é introduzido enfaticamente em suas atividades de atualização e aprimoramento, informações e conhecimentos são democratizados, e capacitações são realizadas para seus membros. O alinhamento da Febrasgo foi decisivo para colocar o tema da violência sexual para os tocoginecologistas, colaborando para que estes refletissem sobre suas responsabilidades profissionais e éticas no destino dessas mulheres³³.

Outro marco institucional da maior importância é a primeira norma técnica para tratar dos agravos resultantes da violência sexual, editada em 1999, pelo Ministério da Saúde³⁴. O documento, entre tantas contribuições, estabelece clara e inequívoca posição do Ministério da Saúde no enfrentamento do fenômeno da violência sexual contra a mulher³⁵.

A questão do direito ao abortamento legal é definitivamente agregada às políticas públicas de saúde, assim como as medidas de prevenção de danos. Os protocolos de assistência deixam de ser iniciativas e experiências isoladas e se tornam parte consistente de uma das mais responsáveis políticas de saúde para as mulheres.

No entanto, não se pode afirmar que a questão do atendimento para mulheres em situação de violência sexual e do acesso ao abortamento previsto em lei esteja resolvida no Brasil.

Embora se tenha construído nos últimos anos muito mais do que em meio século, graças ao pioneirismo corajoso do Hospital do Jabaquara, do HPB e do Caism da Unicamp, ainda há grandes problemas a serem transpostos e uma enorme desigualdade de oportunidades para as mulheres.

Basta observar que, em 2002, quase 30% dos serviços de abortamento legal se concentravam no estado de São Paulo e que mais de 20% dos estados brasileiros não dispunham de nenhuma oportunidade qualificada de assistência³⁶.

33. Faúndes A, Bedone A, Pinto e Silva JL. I Fórum interprofissional para a implementação do atendimento ao aborto previsto na lei. *Femina*. 1997;25:1-8.

34. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas. Área Técnica de Saúde da Mulher. Prevenção e Tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes. Norma Técnica. 2. ed. Brasília; 2008. 68p.

35. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas. Área Técnica de Saúde da Mulher. Prevenção e Tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes. Norma Técnica. 2. ed. Brasília; 2008. 68p.

36. Drezett J, Del Pozo E. El rol de los servicios de salud en la atención a mujeres víctimas de violencia sexual. La Paz: Ipas. Bolivia; 2002. p. 1-15.

4.3.1 ANTECEDENTES

A Organização dos Estados Americanos (OEA), durante a Convenção de Belém do Pará, definiu violência contra a mulher como “todo ato baseado no gênero, que cause morte, dano ou sofrimento físico, sexual ou psicológico à mulher, tanto na esfera pública como privada”³⁷. Nesse sentido, a violência sexual constitui uma das mais antigas e amargas expressões da violência de gênero, além de representar uma brutal e inaceitável violação de Direitos Humanos e de Direitos Sexuais e Reprodutivos³⁸. Embora possa comprometer ambos os sexos, o peso da questão de gênero faz com que as mulheres sejam as principais atingidas pela violência sexual, principalmente as mais jovens³⁹.

A violência sexual é um fenômeno universal que atinge mulheres de todas as classes sociais, etnias, religiões e culturas. Ocorre em países de diferentes níveis de desenvolvimento econômico e social e em qualquer etapa da vida da mulher⁴⁰. Estima-se que ela atinja 12 milhões de pessoas a cada ano no mundo⁴¹. O *National Victim Center – Crime Victims Research and Treatment Center* calcula que ocorram 683 mil estupros nos EUA por ano⁴².

No Brasil, os dados das Secretarias de Segurança Pública apontam para a média de 8,78 estupros por 100 mil habitantes. As regiões Norte e Centro-Oeste apresentam taxas 40% maiores do que a média nacional, alcançando cifras de 11,94 e 11,96 respectivamente⁴³. Os dados oficiais, no entanto, expressam precariamente a magnitude do problema. De fato, 10% das mulheres da Região Metropolitana de São Paulo relatam terem sido forçadas, alguma vez, a praticar atos sexuais que não queriam, terem sentido medo de se negar a ter relações sexuais ou terem sido submetidas a práticas sexuais degradantes e humilhantes⁴⁴.

Há evidências consistentes de que um terço das crianças americanas podem ter sido submetidas, pelo menos uma vez, a um contato incestuoso. O *National Center for the Abused and Neglected Child* estima quase 200 mil casos anuais de abuso sexual nos EUA⁴⁵. No Chile, calcula-se que ocorra um caso de abuso sexual a cada 26 minutos, mais da metade contra crianças e adolescentes com idade entre 5 e 15 anos⁴⁶. No Brasil, o Ministério da Justiça registra, anualmente, cerca de 50 mil casos de violência sexual contra menores de 18 anos de idade⁴⁷.

37. Durand M, et al. On the mechanism of action of short-term levonorgestrel administration in emergency contraception. *Contraception*. 2001;64(4):227-34.

38. Durand M, et al. On the mechanism of action of short-term levonorgestrel administration in emergency contraception. *Contraception*. 2001;64(4):227-34.

39. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas. Área Técnica de Saúde da Mulher. Prevenção e Tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes. Norma Técnica. 2. ed. Brasília; 2008. 68p.

40. Pimentel S, Schritzmeyer ALP, Padjajian V. Estupro: crime ou ‘cortesia’? Abordagem sociojurídica de gênero. Porto Alegre: SAFE; 1998.

41. Beebe DK. Sexual Assault. The physician’s role in prevention and treatment. *J. Miss State Assoc.* 1998;39:336-9.

42. National Victim Center, Crime Victims Research and Treatment Center. Rape in America: a report to the nation. South Carolina: Dept of Psychiatry and Behavioral Sciences; 1982. 289 p.

43. O Autor não indicou a fonte da informação.

44. Couto MT. WHO multi-country study on women’s health and domestic violence against women. Disponível em: <http://www.agende.org.br>

45. Muram D. Child sexual abuse. *Obstet Gynecol Clin North Am.* 1992;19:193-207.

46. International Planned Parenthood Federation. Estrategias para el tratamiento y prevencion de la violencia sexual. Chicago: American Medical Association; 1995. 62p.

47. Souza CM, Adesse L. Violência sexual no Brasil: perspectivas e desafios. Brasília: Ipas Brasil e Secretaria Especial de Políticas para Mulheres; 2005. 188 p.

Em agravo, o abuso sexual mantém fortes relações com a exploração sexual comercial de crianças e de adolescentes. Em Bogotá, quase 7 mil adolescentes e crianças se encontram em situação de prostituição, 30% delas com menos de 14 anos. Na Venezuela, são cerca de 40 mil casos, com 6,2% ingressando na prostituição antes dos 12 anos. Dados da Costa Rica revelam que o abuso sexual precede 80% dos casos de prostituição na infância e adolescência, 68% deles de forma incestuosa⁴⁸.

No Brasil, o diagnóstico do tráfico de mulheres mostra que, na maioria dos casos, as envolvidas são afrodescendentes com idade entre 15 e 25 anos. Mais de 131 rotas de tráfico estão identificadas, alcançando 932 municípios e localidades brasileiras. Em todos esses casos, crianças e adolescentes têm seus direitos fundamentais desrespeitados, transformando corpos em objeto e mercadoria de troca⁴⁹.

Os indicadores epidemiológicos e de consequências para a saúde são suficientes para qualificar a violência sexual como problema de saúde pública⁵⁰. Nesse aspecto, o impacto da violência sexual se fundamenta nos traumas físicos, nas sequelas das DST⁵¹, na morbidade da infecção pelo HIV e no agravante da gravidez decorrente da violência sexual⁵².

Em situações extremas, parte dos crimes sexuais pode se associar com danos físicos severos que acarretem a morte⁵³. A prevalência de DST em situações de violência sexual é elevada, resultando em taxas de infecção entre 26% e 58%⁵⁴. A infecção pelo HIV é grande preocupação para a maioria das mulheres, com risco variando de 0,8% a 2,7%⁵⁵.

A gravidez decorrente do estupro se destaca pela complexidade e impactos que determina na esfera emocional, familiar, social e biológica. Para muitas mulheres, essa gestação, forçada e indesejada, é sentida como uma segunda violência, intolerável e impossível de ser mantida até o término⁵⁶. Sem garantia de acesso a serviços que realizem o aborto lícito e com seus direitos desrespeitados, mulheres decididas em terminar a gestação recorrem ao aborto inseguro, com graves danos para sua saúde e riscos para sua vida⁵⁷.

Os danos psicológicos, embora mais difíceis de mensurar, produzem efeitos intensos e devastadores, por vezes irreparáveis. Atualmente, a violência sexual associa-se com a Síndrome do Transtorno Pós-Traumático (STPT). Embora essa condição seja desenvolvida após qualquer evento traumático na experiência humana, cerca de um terço de todos os casos de STPT estão relacionados com abuso sexual.

48. International Planned Parenthood Federation. Lineamientos para el diagnostico y tratamiento del abuso sexual en la infancia. Chicago: American Medical Association; 1995. 46p.

49. Centro de Referência, Estudos e Ações sobre Crianças e Adolescentes. Tráfico de mulheres, crianças e adolescentes para fins de exploração sexual. Relatório Nacional. Brasília: Cecria; 2002.

50. Drezett J. Violência sexual como problema de saúde pública. In: Taquette SR, org. Violência contra a mulher adolescente / jovem. Rio de Janeiro: Ed. UERJ; 2007. p. 81-89.

51. Atualmente, a expressão utilizada é 'Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST)'.

52. Faúndes A, et al. III Fórum interprofissional para a implementação do atendimento ao aborto previsto na lei. *Femina*. 1999;27:317-21.

53. Drezett JJ. Estudo de fatores relacionados com a violência sexual contra crianças, adolescentes e mulheres adultas [tese]. São Paulo: Centro de Referência da Saúde da Mulher e de Nutrição, Alimentação e Desenvolvimento Infantil; 2000.

54. Jenny C, et al. Sexually transmitted diseases in victims of rape. *N Engl J Med*. 1990;322(11):713-716.

55. Gostin, OL et al. HIV testing, counseling and prophylaxis after sexual assault. *JAMA*. 1994;271(18):1436-4. 1994.

56. Faúndes A, Bedone A, Pinto e Silva JL. I Fórum interprofissional para a implementação do atendimento ao aborto previsto na lei. *Femina*. 1997;25:1-8.

57. Talib RA, Citeli MT. Dossiê: serviços de abortamento legal em hospitais públicos brasileiros (1989-2004). Brasília: São Paulo, Católica pelo Direito de Decidir; 2005, 80p.

Entre os efeitos emocionais imediatos da violência sexual, destacam-se os sintomas relacionados com a desorganização psíquica. Ao longo do tempo, podem-se estabelecer graves transtornos da sexualidade, depressão, bulimia, anorexia nervosa ou dificuldades de relacionamento⁵⁸. A prevalência de ideias suicidas persistentes e de tentativa de suicídio é elevada nos casos de violência sexual, alcançando entre 15% e 20% das mulheres vitimadas⁵⁹.

É difícil calcular com precisão a carga da violência sobre os sistemas de saúde ou seus efeitos sobre a produtividade econômica. Todavia, as evidências mostram que mulheres em situação de violência têm mais problemas de saúde, maiores custos com assistência e utilizam com maior frequência os serviços de saúde⁶⁰.

Segundo o Banco Interamericano de Desenvolvimento, os gastos no setor saúde com a violência representam 1,9% do PIB no Brasil. Quase 25% dos dias de trabalho perdidos pelas mulheres têm como causa a violência, reduzindo seus ganhos financeiros em até 20%. Ao mesmo tempo, filhos de mães que sofrem violência têm risco três vezes maior de adoecer. Quase 60% dessas crianças repetem pelo menos um ano na escola e abandonam os estudos, em média, aos 9 anos de idade.

A somatória dessas circunstâncias afeta virulentamente a vida das mulheres. Investigações têm constatado que a violência contra a mulher é uma das principais causas de anos de vida saudáveis perdidos por incapacidade, com impacto superior aos efeitos da guerra ou dos acidentes de trânsito⁶¹.

4.3.2 JUSTIFICATIVA

O Programa AVS surge de iniciativa da coordenação do HPB. Em estudo interno sobre a viabilidade de implantação de um serviço de atenção ao aborto, previsto pela lei nos casos de gravidez decorrente de violência sexual, deparou-se com uma situação inquietante.

Embora existam algumas instituições bem organizadas para cuidar de casos de gravidez decorrentes de violência sexual, nenhum serviço público de saúde oferecia atenção especializada para as mulheres que não engravidavam em consequência da violência sofrida. Essa constatação revelava importante lacuna na atenção à saúde dessas mulheres, entendendo-se que a gravidez não era o único agravo possível da violência sexual.

Nesse aspecto, as intervenções nas áreas de saúde física, mental e social geralmente eram fragmentadas ou incompletas, praticadas por diferentes profissionais e por diferentes serviços, sem qualquer integração. Além disso, a maioria das ações em saúde se fazia

58. Dansky BS et al. The National Women's Study: relationship of victimization and posttraumatic stress disorder to bulimia nervosa. *Int J Eat Disord.* 1997; 21(3):231-28

59. Drezett J, Del Pozo E. El rol de los servicios de salud en la atención a mujeres víctimas de violencia sexual. La Paz: Ipas. Bolivia; 2002. p. 1-15.

60. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas. Área Técnica de Saúde da Mulher. Prevenção e Tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes. Norma Técnica. 2. ed. Brasília; 2008. 68p.

61. Heise L, Pitanguy J, Germain A. Violence against women: the hidden health burden. Washington: The International Bank for Reconstruction and Development / The World Bank; 1993.

tardiamente, geralmente após o estabelecimento dos danos da violência. Intervenções imediatas eram raras e isoladas, alcançando número muito pequeno de mulheres⁶².

A situação encontrada exigia que a organização de um novo programa em saúde considerasse todos os diferentes danos e agravos da violência sexual em distintas idades da mulher. Requeria que os protocolos de atendimento oferecessem tanto estratégias de atendimento de urgência, prevenindo os agravos da violência sexual, como medidas bem definidas para atenção aos danos da violência, quando inevitáveis. Essas medidas deveriam estabelecer critérios de investigação, tratamento e reabilitação integral para a mulher, reconstruindo fluxos de atendimento, promovendo espaços de acolhimento e humanizando a atenção.

Com essa visão, o HPB definiu protocolo de ações baseado em evidências científicas e na observância do ordenamento jurídico. Estabeleceu-se o conceito transversal de violência sexual enquanto violação de direitos humanos das mulheres, entendendo-se que todas as ações em saúde, em todos os níveis, deveriam incorporar essa perspectiva. Recebendo parecer favorável do Comitê de Bioética e da Comissão de Ética Médica da instituição, o Programa AVS iniciou atividades em agosto de 1994⁶³.

4.3.3 OBJETIVOS

O Programa AVS buscou o respeito aos valores humanos e éticos, bem como o emprego responsável e sustentável dos recursos públicos. Dessa forma, para alcançar a mais elevada qualidade possível de atenção em saúde para mulheres, adolescentes e crianças em situação de violência sexual, foram estabelecidos os seguintes objetivos:

1. Integrar profissionais de saúde da instituição para ações de atenção para pessoas em situação de violência sexual, com ênfase no acolhimento como pedra angular do processo de humanização do atendimento;
2. Organizar o atendimento de emergência para os casos recentes de violência sexual, oferecendo medidas eficientes de prevenção de danos e agravos para a saúde;
3. Organizar o atendimento aos casos crônicos de violência sexual, aplicando medidas de investigação, diagnóstico, tratamento e reabilitação física, emocional e social;
4. Praticar a intersetorialidade e a atenção em rede, articulando-se com outros setores sociais responsáveis por outras esferas de assistência e com eles manter relações colaborativas;
5. Implantar atendimento aos casos de interrupção da gravidez decorrente de violência sexual, cumprindo o Decreto-Lei 2.848, inciso II do art. 128 do Código Penal Brasileiro, oferecendo atenção interdisciplinar ética, humanizada e segura; e,
6. Colaborar para a proteção física, social e mental de crianças e adolescentes em situação de violência sexual, comunicando para as autoridades competentes os

62. Drezett J. Processos e práticas da implementação dos protocolos de assistência à violência sexual no Brasil. In: Adesse L. ed. A saúde sexual e reprodutiva da mulher no Brasil. Diferentes visões no contexto do aborto. Porto Alegre: Metrópole; 2005. p. 29-41.

63. Drezett J. Processos e práticas da implementação dos protocolos de assistência à violência sexual no Brasil. In: Adesse L. ed. A saúde sexual e reprodutiva da mulher no Brasil. Diferentes visões no contexto do aborto. Porto Alegre: Metrópole; 2005. p. 29-41.

casos suspeitos ou confirmados de abuso sexual, obedecendo-se o disposto pelo Estatuto da Criança e do Adolescente.

4.3.4 ORGANIZAÇÃO DAS AÇÕES

As ações estabelecidas pelo Programa AVS foram construídas com base em evidências epidemiológicas e em indicadores científicos consistentes, resultando em ações estratégicas bem definidas e, principalmente, eficazes. Ao mesmo tempo, a assistência às mulheres em situação de violência sexual, pela primeira vez, foi organizada dentro do espaço da saúde.

A – ACOLHIMENTO COMO MARCO DA HUMANIZAÇÃO

Entre 85 e 90% dos casos de violência sexual não chegam ao conhecimento das autoridades competentes, reflexo da grande dificuldade que as mulheres têm para revelar o ocorrido. A ameaça, o medo, a vergonha ou humilhação são alguns fatores decisivos para ocultar a violência sexual. Em acréscimo, acumulam-se relatos de situações de descaso, discriminação e preconceito na atenção dessas mulheres em diferentes áreas do setor público⁶⁴. Entendendo a necessidade de oferecer ambiente de solidariedade e respeito, medidas de acolhimento foram incorporadas em todas as etapas da atenção.

Essa ação permeou tanto a atuação dos profissionais diretamente envolvidos com a assistência das mulheres como daqueles que com elas tinham contato eventual, a exemplo de seguranças e funcionários administrativos. Para alcançar essa meta, capacitações e diversas atividades de sensibilização foram realizadas. Ênfase foi dada para a escuta qualificada, sigilo, privacidade, respeito e apoio. O princípio ético e legal de presunção de veracidade da palavra da mulher substituiu a desconfiança e o pré-julgamento⁶⁵.

B – AÇÕES INTERDISCIPLINARES

Integrar os profissionais de saúde foi medida essencial para a qualidade das ações do Programa AVS. Especificidades da violência sexual exigiam constante atuação conjunta dos profissionais, tanto em intervenções como no compartilhar de informações e decisões.

Entre várias medidas para esse fim, destacam-se a organização de um espaço físico comum para o atendimento e reuniões semanais para discussão de casos. Atualmente, o Programa AVS conta com a integração de assistentes sociais, psicólogos, ginecologistas, enfermeiros, infectologistas e psiquiatras⁶⁶.

C – FLUXOS DE ATENDIMENTO

Para garantir a atenção de urgência aos casos de violência sexual ocorridos poucas horas ou dias antes, condição crítica de elegibilidade para as profilaxias, o Programa AVS estabeleceu parceria com o serviço de pronto atendimento em ginecologia do HPB. Essa estratégia envolveu todos os ginecologistas e enfermeiros do setor, sensibilizados e capacitados para

64. Organización Panamericana de la Salud (OPS). Género, salud y desarrollo em las Américas. Indicadores Básicos. Washington DC; 2005.

65. Centro de Referência da Saúde da Mulher. Violência Sexual. Protocolo de Assistência e conduta para o atendimento de urgência. 3ª edição. São Paulo. 2008. 23p.

66. Centro de Referência da Saúde da Mulher. Violência Sexual. Protocolo de Assistência e conduta para o atendimento de urgência. 3ª edição. São Paulo. 2008. 23p.

a aplicação dos protocolos. Assim, proporcionou-se oportunidade de atendimento rápido e ininterrupto, 24 horas por dia, com cuidados imediatos para os danos físicos, prevenção das DST e Aids, e prevenção da gravidez. Após esta etapa da atenção, as mulheres são encaminhadas para o serviço social para seguimento no programa.

A demanda de casos crônicos ou ocorridos em tempo superior aos prazos das intervenções foi organizada estabelecendo o serviço social como porta de entrada preferencial. Nesses casos, compete ao serviço social o acolhimento, a primeira escuta da violência sexual sofrida, o diagnóstico da situação, a identificação dos casos de gravidez, o reconhecimento dos casos em situação de risco, o acionamento de parceiros na rede e o agendamento médico e psicológico. Em todas essas situações, o serviço social desempenha importante papel catalizador das ações sociais, de saúde e de proteção⁶⁷.

D – CUIDADOS SOCIAIS

A violência sexual não afeta apenas a saúde física e mental, mas provoca profundos impactos sociais que atingem a mulher, sua família, seus amigos e sua comunidade.

Nesse sentido, além das atuações do serviço social descritas, cabe destacar outras competências relevantes. Nesse setor, realiza-se a escuta dos casos, resultado no registro da história de cada mulher e das circunstâncias da violência sofrida, o qual será utilizado por todos os profissionais da equipe.

Identificam-se situações de vulnerabilidade e de risco e as medidas de proteção institucional necessárias. Para as mulheres que ainda não o fizeram, o serviço social orienta e apoia a realização do boletim de ocorrência policial como direito de cidadania, respeitando-se os casos que se neguem a fazê-lo.

Esclarecimentos sobre os riscos envolvidos e sobre as medidas do programa são oferecidos. Nas situações pertinentes, orienta-se a mulher sobre direitos trabalhistas. O serviço social também tem a responsabilidade de comunicar às Varas da Infância e da Juventude ou ao Conselho Tutelar os casos de violência sexual contra crianças e adolescentes⁶⁸.

E – ATENÇÃO PSICOLÓGICA

Os danos da violência sexual sobre a saúde mental da vítima podem assumir grandes proporções. Assim, a atenção psicológica é fundamental dentro das ações em saúde e ponto dos mais importantes do Programa AVS.

Os sintomas manifestos são analisados a partir da escuta e da linguagem corporal e lúdica. A leitura pelo terapeuta oferece condições para que mulheres, adolescentes e crianças possam ressignificar sua experiência traumática como alternativa de reconstrução de suas vidas.

67. Centro de Referência da Saúde da Mulher. Violência Sexual. Protocolo de Assistência e conduta para o atendimento de urgência. 3ª edição. São Paulo. 2008. 23p.

68. Centro de Referência da Saúde da Mulher. Violência Sexual. Protocolo de Assistência e conduta para o atendimento de urgência. 3ª edição. São Paulo. 2008. 23p.

O Programa AVS oferece atendimento individual e em grupo, com abordagem psicanalítica e comportamental-cognitiva. Nas situações envolvendo crianças, também oferece atendimento aos pais. Atividades lúdicas têm especial importância, e os desenhos têm sido fonte privilegiada de descobrimento do mundo interior. Técnicas específicas são adotadas, quando necessário, a exemplo do teste House-Tree-Person (HTP)⁶⁹.

F – PREVENÇÃO DAS DST NÃO VIRAIS E DA HEPATITE B

As DST adquiridas em decorrência da violência sexual podem implicar severas consequências físicas e emocionais. As manifestações clínicas de doenças como hepatite B, gonorréia, sífilis, clamídiase, tricomoníase e cancro mole podem ser prevenidas com o uso de medicamentos⁷⁰. O Programa AVS foi o primeiro serviço público de saúde do País a elaborar e a implantar protocolo para a profilaxia de DST não virais e da hepatite B para mulheres em situação de violência sexual.

O protocolo associa diferentes medicamentos e agentes imunobiológicos de reconhecida eficácia. A necessidade de garantir esse tipo de atendimento imediato se sustenta em investigações que, na época, apontavam que menos de 10% dos casos de violência sexual recebiam profilaxia das DST nos serviços de emergência⁷¹.

O Programa AVS também oferece para pacientes que realizaram a profilaxia e para aqueles que não tiveram a oportunidade de fazê-lo investigação sistemática e periódica das DST.

Para a sífilis, é realizada a sorologia no ingresso, com seis semanas e com três meses da violência sexual. Sorologias para hepatite B e C são realizadas no ingresso e com três e seis meses da violência sexual. Teste anti-HIV é realizado no ingresso, com seis semanas e com três e seis meses da violência sexual. A análise de patógenos em conteúdo vaginal e cervical é praticada no ingresso e após três meses. A genitoscopia para identificação da infecção pelo HPV é realizada no ingresso e em três e seis meses da violência sexual⁷².

G – PREVENÇÃO DA INFECÇÃO PELO HIV

O Programa AVS foi um dos primeiros serviços no mundo a oferecer a profilaxia da infecção pelo HIV com o uso de antirretrovirais. A possibilidade de infecção pelo HIV depende, fundamentalmente, da condição sorológica do autor da violência sexual que, na maioria dos casos, não pode ser rapidamente conhecida⁷³. Portanto, a profilaxia do HIV deve ser indicada quando ocorrer penetração vaginal e/ou anal, e a decisão de iniciar os medicamentos não deve se condicionar em critérios de gravidade. Ocorrendo sexo oral

69. O Teste HTP do inglês *House, Tree, Person*, é um teste de grafismo aplicado em avaliações psicológicas, sendo frequentemente utilizado em testes de admissão de empresas e por órgãos do serviço público.

70. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Hepatites Virais: o Brasil está atento. Brasília. 2005. 40p.; Center for Disease Control and Prevention (CDC). Sexually transmitted diseases treatment guidelines 2002. 2002;51(RR 6):1-80.

71. Centro de Referência da Saúde da Mulher. Violência Sexual. Protocolo de Assistência e conduta para o atendimento de urgência. 3ª edição. São Paulo. 2008. 23p.

72. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas. Área Técnica de Saúde da Mulher. Prevenção e Tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes. Norma Técnica. 2. ed. Brasília; 2008. 68p.; e, Centro de Referência da Saúde da Mulher. Violência Sexual. Protocolo de Assistência e conduta para o atendimento de urgência. 3ª edição. São Paulo. 2008. 23p.

73. Drezzett J. Profilaxia pós-infecçiosa de mulheres estuproadas. In: Conferência Internacional sobre Infecção pelo HIV em Mulheres e Crianças. Rio de Janeiro. 2002. Livro de Resumos: Universidade Federal do Rio de Janeiro e Institute of Virology of Maryland. 2002. P. 20-2.; Gostin, OL et al. HIV testing, counseling and prophylaxis after sexual assault. JAMA. 1994;271(18):1436-4. 1994.

exclusivo, não existem evidências que assegurem a necessidade de uso dos antirretrovirais, mesmo com ejaculação dentro da cavidade oral. Nessas situações, os riscos e benefícios dos antirretrovirais devem ser ponderados, e a decisão, individualizada, considerando-se que não existem estudos definitivos que assegurem que o procedimento possa ser dispensável⁷⁴.

A realização do teste anti-HIV no causador da violência sexual deve ser feita sempre que possível, mesmo após o início da profilaxia, com objetivo de suspender os antirretrovirais caso o resultado seja negativo⁷⁵.

A profilaxia da infecção pelo HIV exige que se observem rigorosamente os critérios de elegibilidade e que a decisão final considere a motivação e desejo da paciente de se submeter ao tratamento. A medida deve ser iniciada no menor prazo possível, dentro das primeiras 72 horas da violência sexual. Os medicamentos devem ser mantidos, sem interrupção, por quatro semanas consecutivas⁷⁶. O esquema de primeira escolha deve combinar drogas para maior eficácia na redução da carga viral plasmática.

H – ANTICONCEPÇÃO DE EMERGÊNCIA

A anticoncepção de emergência (AE) constitui uma das ações mais importantes na assistência de emergência em casos de violência sexual, protegendo as mulheres da gravidez forçada e indesejada. Na época de implantação do Programa AVS, menos de 5% das mulheres recebiam a AE nos serviços de emergência, mesmo quando em evidentes condições de exposição à gravidez⁷⁷. Mais grave, em muitos casos, a AE era deliberadamente omitida ou negada por motivos pessoais ou religiosos injustificáveis, mesmo diante das graves consequências. De certa forma, a situação revelava o despreparo dos serviços de saúde no enfrentamento da violência sexual e do tema da gravidez decorrente do estupro⁷⁸.

O Programa AVS foi o primeiro serviço de saúde do País a incluir a AE em seu protocolo de atendimento. Nos primeiros anos de atividade, a AE era realizada segundo o Regime de Yuzpe⁷⁹, adaptando pílulas anticoncepcionais de uso rotineiro em planejamento reprodutivo⁸⁰.

Desde a introdução do levonorgestrel exclusivo, adotou-se esse método como primeira escolha, fundamentado em sua maior eficácia e tolerabilidade, e na ausência de interação farmacológica com os antirretrovirais utilizados para a profilaxia do HIV, particularmente o ritonavir. Dessa forma, as mulheres atendidas pelo Programa AVS passaram a ter acesso ao método mais seguro e eficaz de AE. Outra inovação implantada a partir de 2004 foi a

74. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas. Área Técnica de Saúde da Mulher. Prevenção e Tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes. Norma Técnica. 2. ed. Brasília; 2008. 68p.

75. Centro de Referência da Saúde da Mulher. Violência Sexual. Protocolo de Assistência e conduta para o atendimento de urgência. 3ª edição. São Paulo. 2008. 23p.

76. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e AIDS. Recomendações para terapia anti-retroviral em adultos e adolescentes infectados pelo HIV. 6ª edição. Brasília; 2007. 188p.

77. Caballero M. et al. Programa de Interrupção legal da gravidez consequente ao estupro: avaliação de 34 casos. In: Anais do Congresso de Ginecologia e Obstetrícia de Região Sudeste da Febrasgo; 1996; São Paulo. São Paulo; 1996. p.33.

78. Drezett J. et al. Contracepção de emergência para mulheres vítimas de estupro. Revista do Centro de Referência. 1998;3:29-33.

79. O método de Yuzpe é um regime de contracepção de emergência em que são aplicados anticoncepcionais hormonais via oral.

80. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas. Área Técnica de Saúde da Mulher. Anticoncepção de emergência – perguntas e respostas para profissionais de saúde. Brasília; 2005, 20p.; e Centro de Referência da Saúde da Mulher. Violência Sexual. Protocolo de Assistência e conduta para o atendimento de urgência. 3ª edição. São Paulo; 2008. 23p.

utilização da AE por via vaginal em situações especiais, como em casos de inconsciência devido a traumas físicos severos ou vômitos persistentes⁸¹. O uso qualificado da AE pelo Programa AVS inclui, ainda, medidas de suporte e apoio para a usuária em situação de violência sexual. Elas são aconselhadas sobre o mecanismo de ação não abortivo, segurança, eficácia, eventuais desconfortos e possibilidade de falha. Também recebem orientação sobre eventuais efeitos para o ciclo menstrual, sobre a ausência de sangramento imediato, e medidas a serem adotadas em caso de atraso menstrual⁸².

A AE deve ser prescrita para mulheres de qualquer idade expostas à gravidez por meio de contato certo ou duvidoso com sêmen, independentemente do período do ciclo menstrual, que tenham tido a primeira menstruação e que se encontrem antes da menopausa. A intervenção é desnecessária se a mulher usar método anticonceptivo confiável e eficaz no momento da violência sexual, a exemplo do anticoncepcional oral, injetável, esterilização cirúrgica ou DIU⁸³.

A AE apresenta índice de efetividade médio de 80% e índice de Pearl⁸⁴, ou índice de falha, de cerca de 2%. Contudo, taxas maiores de eficácia para a AE podem ser alcançadas quanto maior a precocidade do uso, particularmente nas primeiras 12 horas⁸⁵.

A AE pode ser utilizada até o 5º dia após a violência sexual, embora com resultados menos eficientes no 4º e 5º dia. A dose única de 1,5 mg de levonorgestrel é tão segura e eficaz como duas doses de 0,75 mg separadas em intervalo de 12 horas, com evidente vantagem de adesão para a dose única⁸⁶.

O mecanismo de ação da AE, quando utilizada na primeira fase do ciclo menstrual, atua sobre o desenvolvimento dos folículos impedindo a ovulação ou a retardando por vários dias⁸⁷. Quando utilizada na segunda fase do ciclo, após a ovulação, a AE modifica o muco cervical tornando-o espesso e hostil, dificultando a migração sustentada em direção ao óvulo. Nessas duas condições, o mecanismo de ação impede a fecundação. Não existem evidências científicas de que a AE atue após a fecundação, altere a receptividade do endométrio, prejudique ou impeça a implantação, ou que resulte na eliminação precoce do embrião. Não existe, portanto, evidência de suposto “efeito abortivo” da AE⁸⁸.

No entanto, ainda persiste, para parcela dos médicos e dos gestores de saúde, a falsa convicção de que a AE é método abortivo, ignorando que a AE esteja aprovada pela OMS,

81. Centro de Referência da Saúde da Mulher. Violência Sexual. Protocolo de Assistência e conduta para o atendimento de urgência. 3ª edição. São Paulo; 2008. 23p.

82. Centro de Referência da Saúde da Mulher. Violência Sexual. Protocolo de Assistência e conduta para o atendimento de urgência. 3ª edição. São Paulo; 2008. 23p.

83. Brasil, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas. Área Técnica de Saúde da Mulher. Anticoncepção de emergência – perguntas e respostas para profissionais de saúde. Brasília; 2005, 20p.; e, Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas. Área Técnica de Saúde da Mulher. Prevenção e Tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes. Norma Técnica. 2. ed. Brasília; 2008. 68p.;

84. Índice de Pearl é uma fórmula matemática que avalia a eficácia de um método contraceptivo.

85. Faúndes A, Brache V, Alvarez F. Emergency contraception: clinical and ethical aspects. Int J Gynaecol Obstet. 2003;82(3):297-395; e, World Health Organization (WHO). Task Force On Postovulatory Methods of Fertility Regulation. Randomised controlled trial of levonorgestrel versus the Yuzpe regimen of combined oral contraceptives for emergency contraception. Lancet. 1998;352:428-433.

86. Von Hertzen H, et al. Low dose mifepristone and two regimens of levonorgestrel for emergency contraception: a WHO multicentre randomized trial. Lancet. 2002;360(9348):1803-1810.

87. Croxatto HB, et al. Effects of the Yuzpe regimen, given during the follicular phase, upon ovarian function. Contraception. 2002;65:121-8.

88. Ugocsai G, Rozsa M; Ugocsai P. Scanning electron microscopic (SEM) changes of the endometrium in women taking high doses of levonorgestrel as emergency postcoital contraception. Contraception. 2002; 66(6):433-7.

pela Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia (FIGO) e pelas agências reguladoras da maioria dos países, incluindo-se a Food and Drug Administration (FDA).

No Brasil, a AE está aprovada pelos órgãos de vigilância sanitária, pelo Ministério da Saúde e incluída nos protocolos da Febrasgo⁸⁹. O Conselho Regional de Medicina de São Paulo acrescenta que a AE é direito da mulher e que negar sua prescrição, sem justificativa aceitável, constitui evidente infração ética⁹⁰. O CFM, na resolução CFM nº 1.811/2006, assegura que a AE não fere qualquer dispositivo legal vigente⁹¹.

I – ABORTAMENTO PREVISTO EM LEI

No Brasil, o aborto é crime tipificado pela lei, com penalidade para a mulher e para o médico que o praticam. Contudo, o inciso II do art. 128 do Código Penal assegura que não é crime e não se pune o aborto praticado por médico quando a gravidez resulta de estupro ou, por analogia, de outra forma de violência sexual⁹². Embora direito previsto em lei, por quase 50 anos, foram raras as mulheres que alcançaram o procedimento. Por falta de informação sobre seus direitos ou por recusa dos serviços de saúde, muitas mulheres decididas a interromper a gestação recorreram ao abortamento clandestino, quase sempre praticado sem qualquer segurança e com graves consequências⁹³.

Na Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento, realizada no Cairo, em 1994, o aborto inseguro foi reconhecido como grave problema de saúde pública. Além disso, estabeleceu-se que, nas circunstâncias que não contrariem a lei, deve-se garantir que as mulheres tenham acesso ao aborto em condições seguras⁹⁴.

Reconhecendo o dever de cumprimento da lei e os direitos das mulheres, o HPB realiza o abortamento em casos de violência sexual, obedecendo ao ordenamento jurídico, normas do Ministério da Saúde e códigos de ética profissional. Em 1994, ginecologistas da equipe foram capacitados pelo Ipas Estados Unidos para o manejo do Amiu, recebendo creditação internacional como instrutores da técnica⁹⁵.

A organização e os procedimentos adotados pelo Programa AVS para o atendimento aos casos de gravidez decorrente de violência sexual obedecem aos princípios técnicos e legais, com ênfase em ações de acolhimento⁹⁶. Entre as principais medidas adotadas, destacam-se:

89. Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo). *Violência Sexual e Interrupção da gestação prevista em lei*. São Paulo: Febrasgo; 2004. 91p.

90. Conselho Regional de Medicina de São Paulo (Cremesp). *Violência Sexual e aspectos éticos da assistência*. In: *Cadernos de ética em ginecologia e obstetrícia*. 2. ed. São Paulo: Cremesp; 2002. p. 71-78.

91. Conselho Federal de Medicina (CFM). Resolução CFM nº 1.811/2006. Estabelece normas éticas para a utilização, pelos médicos, da anticoncepção de emergência devido à mesma não ferir os dispositivos legais vigentes no país. Brasília. DOU. 17 jan. 2007, seção I, p. 72; 2007.

92. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas. Área Técnica de Saúde da Mulher. *Aspectos jurídicos do atendimento às vítimas de violência sexual – perguntas e respostas para profissionais de saúde*. Brasília, Ministério da Saúde; 2005. 20p.

93. Talib RA, Citeli MT. *Dossiê: serviços de abortamento legal em hospitais públicos brasileiros (1989-2004)*. Brasília: São Paulo, Católica pelo Direito de Decidir; 2005, 80p.

94. United Nations. Report of the Fourth World Conference on Women. Beijing, 4-15. September. 1995. New York: UN (sales . 196. IV.13); 1996.

95. Conselho Federal de Medicina (CFM). Código de Ética. Resolução CFM nº 1246. Diário Oficial da União. Brasília: DF; 1988, e; Drezett J. Processos e práticas da implementação dos protocolos de assistência à violência sexual no Brasil. In: Adesse L. ed. *A saúde sexual e reprodutiva da mulher no Brasil. Diferentes visões no contexto do aborto*. Porto Alegre: Metrópole; 2005. p. 29-41.

96. Centro de Referência da Saúde da Mulher. *Violência Sexual. Protocolo de Assistência e conduta para o atendimento de urgência*. 3ª edição. São Paulo; 2008. 23p. e; Código Civil Brasileiro. Lei nº 10.406, de 10 de janeiro de 2002. 3ª edição. São Paulo: Editora

1. Esclarecimentos sobre as alternativas para a gravidez, incluindo-se o direito de escolha pelo aborto e, com a mesma ênfase, a possibilidade de manter a gestação até o término, incluindo-se a futura criança na família ou colocando-a em processo regular de adoção, garantindo-se cuidados pré-natais apropriados para a situação;
2. Análise das solicitações de interrupção da gravidez em reunião semanal, atividade aberta para todos os servidores da instituição e para autoridades públicas. Assistente social, psicólogo e ginecologista, e responsáveis pelo atendimento apresentam cada caso documentado para a equipe interdisciplinar, que se manifesta e registra em prontuário hospitalar com seu parecer técnico em acordo ou não com a solicitação. A aprovação do pedido de aborto deve, obrigatoriamente, contar com a concordância de todos os membros da equipe;
3. Apresentação do parecer da equipe para apreciação da diretoria do HPB, a qual aprova ou não o procedimento. Quando aprovado, os documentos tramitam pelas rotinas da instituição da mesma forma que os demais casos clínicos ou cirúrgicos, respeitando-se princípios da confidencialidade e sigilo profissional;
4. Esclarecimento sobre os procedimentos técnicos, administrativos e legais que serão adotados, bem como sobre os desconfortos e riscos possíveis para a saúde, formas de assistência e acompanhamentos posteriores nos casos aprovados;
5. Exigência do consentimento da gestante previsto pelo Código Penal. Adoção dos arts. 3º, 4º, 5º, 1.631, 1.690, 1.728 e 1.767 do novo Código Civil. Cumprimento da Portaria MS/GM nº 1.508 do Ministério da Saúde sobre os procedimentos de justificação e autorização da interrupção da gravidez pelo SUS. Boletim de Ocorrência policial e laudo de exame pericial não constituem exigência para a realização do abortamento previsto em lei;
6. Interrupção da gravidez decorrente de violência sexual até 20/22 semanas de idade gestacional ou estimativa de peso fetal menor que 500g. Encaminhamento para assistência pré-natal dos casos com idade gestacional ou peso fetal superiores ao indicado e dos casos não aprovados, justificando-se para a gestante e/ou seu representante legal os motivos da não aprovação.

Além desses aspectos, os procedimentos técnicos adotados pelo Programa AVS para a realização do aborto previsto em lei obedece às recomendações do Ministério da Saúde e da OMS⁹⁷.

Revista dos Tribunais; 2003. 831p.

97. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas. Área Técnica de Saúde da Mulher. Atenção Humanizada ao abortamento. Brasília. Ministério da Saúde; 2005. 20p.; Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas. Área Técnica de Saúde da Mulher. Prevenção e Tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes. Norma Técnica. 2. ed. Brasília; 2008. 68p.; WHO. The prevention and management of unsafe abortion. Report of a Technical Working Group. Geneva. World Health Organization; 1992; WHO. Safe abortion: technical and policy guidance for health systems. Geneva. WHO; 2003.

4.3.5 RESULTADOS PRINCIPAIS⁹⁸

ACESSO AO PROGRAMA AVS

Entre agosto de 1994 e dezembro de 2008, o HPB atendeu 6.350 crianças, 5.616 adolescentes e 6.774 mulheres adultas, totalizando 18.740 casos de violência e abuso sexual.

O programa apresentou evolução crescente até o ano de 2002, alcançando, desde então, tendência de estabilidade com variações anuais não significativas. A distribuição dos casos novos por sexo revela, em todos os anos avaliados, predominância expressiva da violência sexual contra o sexo feminino (91,1%) em relação ao sexo masculino (8,9%), dados concordantes com as evidências epidemiológicas internacionais.

As ocorrências no sexo masculino, embora menos frequentes, revelam 1.655 casos contra meninos de até 12 anos de idade, com 26,1% do total de atendimentos entre crianças.

A evolução histórica dos atendimentos por grupo etário aponta para o crescimento do atendimento de crianças no programa após os anos de 2000 e 2001. Em 2008, as crianças representaram 47,3% dos atendimentos, dados alinhados com as evidências internacionais que apontam para essa faixa etária como a mais vulnerável para sofrer abuso e violência sexual.

Os números e os indicadores de atenção acumulados em 15 anos permitem atribuir ao programa qualificação de referência no atendimento de casos de violência sexual, tornando-o o serviço de maior estatística de atendimento na América Latina.

IMPACTO DA ANTICONCEPÇÃO DE EMERGÊNCIA

No Programa AVS, entre 1994 e 2008, foram garantidas e realizadas 9.725 ações de AE para mulheres em situação de risco para a gravidez decorrente da violência sexual.

Considerando-se os reconhecidos indicadores de efetividade média de 85% para a AE, e risco de gravidez por estupro de até 5%, é possível afirmar que essa ação tenha resultado no impedimento de 413 gestações decorrentes de violência sexual.

Esse número torna inegável o impacto positivo da AE para mulheres em situação de violência sexual, protegidas da gravidez forçada e indesejada e de todo o sofrimento dela decorrente, incluindo-se a necessidade de recorrer ao abortamento, ainda que permitido pela legislação.

Não há antecedente no HPB de caso em que a AE tenha sido negada ou situação, mesmo que temporária, de indisponibilidade desse medicamento para as mulheres.

EFETIVAÇÃO DO DIREITO AO ABORTAMENTO PREVISTO EM LEI

Desde 1994, o HPB cumpre o estabelecido pela lei, assegurando o acesso ao abortamento ético e seguro nos casos de gravidez decorrente de violência sexual. O programa conta com médicos e profissionais de saúde que não manifestam objeção de consciência

98. Dados obtidos pelos autores no HPB, entre 1994 e 2008.

ou recusa de realizar o procedimento. Dessa forma, não há antecedente na instituição de solicitação de abortamento não realizado ou de alguma forma impedido, desde que cumpridas as exigências legais e técnicas necessárias para a aprovação.

Do início do programa até dezembro de 2008, foram realizados 705 abortamentos por gravidez decorrente de violência sexual. Todos em condições técnicas seguras e qualificadas, sem registro de complicações para a saúde das mulheres. Nos casos de gravidez de até 12 semanas de idade gestacional, a Amiu mostra-se método preferencial para a interrupção da gravidez.

Entre 13 e 20/22 semanas, o abortamento medicamentoso é o método de escolha, com uso de misoprostol. Nesse aspecto, o HPB é um dos poucos serviços brasileiros a realizar a interrupção da gravidez de segundo trimestre. Também é um dos raros hospitais que realiza o abortamento por meio de microlaparotomia, nos casos de falha do abortamento medicamentoso ou em condições de indicação específica.

Segundo dados do Ministério da Saúde, os números acumulados permitem atribuir ao Programa AVS a qualificação de referência no atendimento ao abortamento previsto em lei. Esses números também representam a maior estatística de atendimento em casos de violência sexual na América Latina e Caribe, com exceção de Cuba.

PREVENÇÃO DAS DST

A prevenção das DST não virais e da hepatite B mostrou ser ação fundamental dentro do Programa AVS. As investigações conduzidas pela equipe, envolvendo análise de mais de 700 casos, demonstraram que 52% das mulheres em situação de violência sexual que não recebiam profilaxia apresentavam exames comprobatórios com uma ou mais DST.

Nesse indicador, o Programa AVS, desde sua implantação, realizou 11.244 ações de profilaxia de DST não virais e imunoprofilaxia da hepatite B para mulheres expostas e em condição de elegibilidade.

Estima-se que essa intervenção tenha promovido impedimento de até 1.405 DST decorrentes da violência sexual. Não há registro de caso em condição de elegibilidade que não tenha recebido a medida, resultando em cumprimento integral da ação.

ATUANDO SOBRE A INFECÇÃO PELO HIV

Quanto ao risco de infecção pelo HIV, o Programa AVS realizou 10.681 ações de quimioprofilaxia antirretroviral. Com base no risco identificado de infecção de 2,7% e na taxa de eficácia dos antirretrovirais reconhecida de 90%, calcula-se que a medida tenha evitado até 259 infecções pelo HIV em 15 anos de atividade.

Não há registro de casos em condições de elegibilidade que não tenham recebido a intervenção. Além da importância dessa assistência, o HPB coordenou estudo multicêntrico sobre a eficácia dos antirretrovirais em violência sexual, envolvendo mais de 1.700 casos.

Os resultados demonstraram taxas elevadas de proteção, constituindo uma das mais importantes evidências científicas disponíveis até o momento. O estudo recebeu amplo

reconhecimento científico internacional, com destaque para o parecer do *Center for Diseases Control*.

IMPACTOS SOCIAIS

Inúmeras ações na esfera do atendimento social foram produzidas pelo Programa AVS. Entre os resultados mais relevantes, é oportuno destacar a realização de 10.839 comunicações de violência sexual contra crianças e adolescentes para as Varas da Infância e da Juventude ou aos Conselhos Tutelares, cumprindo-se os arts. 13 e 245 do Estatuto da Criança e do Adolescente.

O número se refere aos casos que ingressaram para atendimento e em que a comunicação obrigatória ainda não tinha sido realizada. Essa ação foi contribuição importante para romper com a cronicidade e o silêncio, frequentes nesse tipo de abuso, deflagrando medidas legais e mecanismos de proteção necessários de crianças e adolescentes em situação de risco.

Outro indicador de resultados, relevante e isento, pode ser verificado na satisfação das mulheres adultas atendidas pelo Programa AVS no que se refere à atenção social. Pesquisa do Ministério da Saúde apontou que 95% das usuárias do HPB atribuíram qualificação excelente ou bom para as ações sociais oferecidas.

REDUÇÃO DOS DANOS EMOCIONAIS

Os resultados da atenção psicológica prestada pelo Programa AVS, embora mais difíceis de quantificar, apontam para efeitos significativos na redução dos danos emocionais causados pela violência sexual e para a melhora da qualidade de vida das mulheres.

Entre os indicadores, destaca-se investigação realizada com mulheres que sofreram violência há mais de dois anos e que receberam atendimento psicológico no HPB.

Encontrou-se menor prevalência de sequelas emocionais graves e de sintomas decorrentes, com recuperação satisfatória nos relacionamentos interpessoais. A satisfação das mulheres, segundo investigação do Ministério da Saúde, qualifica em 90% como excelente ou bom as ações em saúde mental prestadas. Mesmo assim, é preciso admitir a gravidade e a complexidade dos efeitos psicológicos que, embora possam ser minimizados, permanecem como marcas profundas para toda a vida.

REPERCUSSÕES ECONÔMICAS E PARA O SISTEMA DE SAÚDE

Não existe estudo de impacto do Programa AVS sobre a produtividade econômica da população atendida. No entanto, os resultados concretos permitem supor que as mulheres atendidas, com menor ocorrência de agravos, tenham menores impedimentos para o exercício de suas atividades cotidianas e econômicas.

Ao mesmo tempo, as evidências sustentam possível redução de custos para o setor saúde, seja pela intervenção sobre as taxas de morbidade ou efeito direto das medidas de profilaxia. Como exemplo, calcula-se que a profilaxia da infecção pelo HIV, embora medida de alto custo inicial, reduza em mais de 70% os gastos com assistência para as mulheres

que se contaminariam com o HIV em decorrência da violência sexual caso essa prevenção não fosse adotada.

COLABORAÇÃO COM O PODER JUDICIÁRIO E SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA

O reconhecimento do Programa AVS das interfaces da violência sexual entre o setor saúde e a justiça levaram a contribuições importantes para os direitos das mulheres e responsabilização do autor da violência sexual.

Relatórios de atendimento interdisciplinar, particularmente aqueles produzidos pela psicologia, têm sido frequentemente solicitados pelas autoridades e incluídos como elementos técnicos nos processos judiciais.

Outro exemplo é a disponibilização de material do abortamento, preservado para análise de vínculo de paternidade por meio de DNA. Confrontado com o material daquele investigado ou indiciado pela violência sexual, quando positivo, representa prova cabal do crime sexual, fundamental para que o Poder Judiciário responsabilize o autor.

ENSINO E PESQUISA

O Programa AVS entende como parte de sua responsabilidade dentro das políticas públicas de saúde a democratização de experiências adquiridas. Nesse sentido, os membros da equipe têm feito esforços e iniciativas que colaborem para a implantação de novos serviços, sensibilizem profissionais de saúde e aprimorem o conhecimento científico.

Os números incluem mais de 450 aulas no País e 50 conferências no exterior, organização de 15 eventos de capacitação, apresentação de 20 trabalhos científicos em congressos nacionais e internacionais, 35 pesquisas científicas publicadas e elaboração de 28 capítulos e livros técnicos sobre o tema⁹⁹.

O Programa AVS atende, ainda, a diversos pedidos de visitas técnicas, oferecendo estágio e aprimoramento para profissionais de saúde. A qualidade da produção científica recebeu os prêmios Enzo Azzi, Akira Nishimura, Manoel de Abreu e Saúde Feminina FQM.

Entre outras atividades, membros do programa colaboram com consultoria técnica para o Programa Nacional de DST e Aids e para a Área Técnica de Saúde da Mulher, do Ministério da Saúde. Integram o Comitê de Abortamento Legal da Sociedade Brasileira de Reprodução Humana, o Consórcio Latino Americano de Anticoncepção de Emergência, o Consórcio Latino Americano Contra o Aborto Inseguro e o Consórcio Internacional sobre Aborto Medicamentoso.

4.3.6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O trabalho desenvolvido pelo Programa AVS do HPB tem recebido reconhecimento e credibilidade da comunidade científica, das autoridades públicas e dos organismos internacionais.

99. Dados obtidos pelos autores no HPB, entre 1994 e 2008.

Os resultados têm mostrado que é possível proteger e mudar, dramaticamente, os impactos na vida das mulheres em situação de violência sexual.

O modelo implantado se mostra eficiente e qualificado, o que explica a legítima condição de referência. No entanto, essa condição de referência não justifica, em nenhuma hipótese, centralizar o atendimento das mulheres em uma ou poucas instituições. O modelo desenvolvido no HPB precisa ser largamente reproduzido e implantado, garantindo-se acesso e atenção integral para essas mulheres.

4.4 DESCRIMINALIZAÇÃO DO ABORTO E A QUESTÃO DO FETO ANENCÉFALO

4.4.1 DESCRIMINALIZAÇÃO DO ABORTO

Pesquisas realizadas pelo Ibope, em 2006, e pela Unicamp, em 2005, publicadas na edição de 21 de outubro de 2009 do jornal “O Estado de São Paulo”¹⁰⁰, indicam que o aborto provocado é um tabu tão forte, que seu desconhecimento penetra em todas as classes sociais. Pessoalmente sou contra o aborto. Qualquer pessoa em sã consciência o é. As mulheres não engravidam pelo prazer de abortar.

Exemplificar é sempre interessante, e retiro dos meus arquivos de memória três fatos ocorridos e registrados na imprensa, que depois se repetiram.

No município de Vinhedo (SP), a Justiça condenou uma mulher por ter provocado aborto e quase morrido por grave complicação. Ela era professora primária, abandonada pelo esposo, com dois filhos pequenos, que mantinha com seu salário. O ex-marido, encontrando-a sozinha em casa, obrigou-a a manter relações sexuais. Como ela não mais fazia uso de um método de anticoncepção, engravidou. Pelo fato de ainda estar legalmente casada, não considerou esta atitude estupro e concluiu que não teria direito legal ao aborto. Procurou, então, o caminho da ilegalidade. Esquecem, aqueles que a julgaram, que 1,5 milhão de mulheres o praticam todos os anos no Brasil e que, se existe alguma culpa, não é delas, e, sim, do sistema de saúde, que não oferece planejamento familiar; das escolas, que não ensinam sexualidade e reprodução humana; e da sociedade, que não ampara as mulheres desprotegidas na tarefa de criarem seus filhos. Esses abortos, por serem feitos sem as condições adequadas, são responsáveis por aproximadamente 25% da mortalidade materna – aqui, 20 vezes maior que a de Portugal (especialmente de adolescentes)¹⁰¹.

O outro fato ocorreu no Hospital da Mulher da Unicamp (Caism), por mim implantado e dirigido até 1987, que sempre assumiu corajosamente seus objetivos sociais. Seu diretor tornou público abortos ali realizados em casos de malformações graves e foi processado. Não se pode ignorar que, possivelmente, centenas de abortos vêm sendo realizados pela

100. Não foi possível indicar a fonte. Sobre o tema, sugere-se a leitura de: Brasil. Ministério da Saúde. 20 anos de pesquisas sobre aborto no Brasil. Brasília: Ministério da Saúde; 2009.

101. Brasil. Lei nº 13.718, de 24 de setembro de 2018. Altera o Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940 (Código Penal), para tipificar os crimes de importunação sexual e de divulgação de cena de estupro, tornar pública incondicionada a natureza da ação penal dos crimes contra a liberdade sexual e dos crimes sexuais contra vulnerável, estabelecer causas de aumento de pena para esses crimes e definir como causas de aumento de pena o estupro coletivo e o estupro corretivo; e revoga dispositivo do Decreto-Lei nº 3.688, de 3 de outubro de 1941 (Lei das Contravenções Penais). Brasília: DF. Diário Oficial da União [internet]. 2018 [acesso em 2019 set]; Seção 1 - 25/9/2018, Página 2. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2015-2018/2018/Lei/L13718.htm.

mesma razão, na medida em que as novas tecnologias de aconselhamento genético e ultrassom permitem, precocemente, na gravidez, o diagnóstico das condições genéticas e de malformações.

É irracional e perverso fazermos esses diagnósticos sem oferecer ao casal angustiado a possibilidade de antecipação do parto, se eles assim desejarem, particularmente sabendo que os métodos de que se dispõem hoje para isso são mais simples e quase desprovidos de risco. Trata-se do direito de a mulher antecipar um evento inevitável e não a obrigar a portar um virtual cadáver em seu corpo por meses, se ela psicologicamente não tolera essa situação.

Aborto provocado é, pois, também e não somente, problema de saúde pública (alta incidência, mortalidade elevada e condições técnicas de solução) e não pode ser encarado com fundamentalismos, evasivas, viés eleitoral ou mesmo como tabu.

Repito, todos somos contrários ao aborto. Nenhuma mulher engravida com a intenção de abortar. Continuar a criminalizar as mulheres por isso é nos fazer assistir, como assistimos na capital de São Paulo, em 2005¹⁰², a cena medieval de retirar uma mulher sangrando da mesa ginecológica e levá-la para a cadeia. Essa punição, que seria coerente na época da inquisição, é o terceiro caso que queria comentar.

Não dar à mulher grávida de um feto anencéfalo a liberdade de decidir sobre a contínuidade ou não da sua gravidez é obrigá-la a levar adiante a gestação de uma criança que inevitavelmente morrerá após o parto.

Na discussão tratada no Congresso Nacional, o parecer do relator foi bom e bem fundamentado. As audiências foram esclarecedoras, e os argumentos para desqualificar a necessidade da descriminalização vêm de conceitos religiosos, éticos e, também, de apresentação que ofereceu dados comparativos entre diferentes mortalidades, colocando a morte materna, que tem como uma de suas causas o aborto provocado, em 13º lugar na escala de óbitos¹⁰³. Trata-se de estatística oficial do Ministério da Saúde, e algumas considerações devem ser feitas a esse respeito.

Existem provas contundentes de que a mortalidade materna é amplamente subnotificada no País. Vários estudos, inclusive um da Unicamp, mostram que a mortalidade materna dobra quando são pesquisadas adequadamente as causas do óbito materno. Isso foi demonstrado em vários países¹⁰⁴.

Na Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo, quando iniciamos a estratégia dos “comitês regionais de mortalidade materna” para combatê-la, verificou-se, no primeiro ano, um evidente aumento da mortalidade, principalmente por se evitar a subnotificação que existia anteriormente. Nos dados apresentados no Congresso Nacional, a mortalidade materna está em torno de 50 por 100 mil, considerando os 3 milhões de partos que ocor-

102. O autor não indicou a fonte da informação.

103. O autor não indicou a fonte da informação.

104. Brasil. Ministério da Saúde. Parto, Aborto e Puerpério – Assistência humanizada à mulher. 2001. [internet]. [acesso em 2019 set]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd04_13.pdf.

rem anualmente, enquanto a estatística correta no País, inclusive feita pela OMS e pela Opas, mostra que ela é, seguramente, o dobro, ou seja, em torno de 100 por 100 mil¹⁰⁵.

Para se ter uma ideia da subnotificação na capital de São Paulo, que é a cidade mais rica da América Latina e onde a mortalidade materna deveria ser muito pequena, temos um comitê competente de acompanhamento dessa causa de morte que a identifica em torno de 50 por 100 mil. A do Brasil é certamente o dobro. De qualquer forma (sejam 50 ou 100), é um absurdo termos mortalidade tão alta, uma vez que nos países que cuidam da sua saúde, desenvolvidos ou em desenvolvimento, essa mortalidade situa-se em torno de 5 por 100 mil¹⁰⁶.

Não importa que sejam 1.600 ou 3.200 mortes por ano, aparentemente poucas comparadas com as 7 mil por câncer de colo uterino¹⁰⁷. O fato é que esses números revelam o absurdo de não termos a capacidade de prevenir mortes por uma doença sexualmente transmissível e que pode ser prevenida facilmente, o câncer de colo, ou por uma tragédia evitável, que é a mortalidade por razão da gravidez.

Sejam mil, 2 mil ou 3 mil, o que importa é que são mulheres jovens que estão morrendo de causas que podem ser prevenidas. Todas as doenças que ocasionam a morte materna, como infecção, hemorragia, hipertensão e aborto provocado, são facilmente evitáveis com um pré-natal acessível, precoce e de boa qualidade e com descriminalização e diminuição do aborto provocado por uma política de planejamento familiar e educação reprodutiva.

Por outro lado, a grave questão do aborto provocado ilegalmente não pode se resumir tendo como última e única consequência a morte de mulheres.

Existem, para cada caso de morte, centenas ou milhares de mulheres que sobrevivem com sequelas importantes. Cito exemplos: a infertilidade, que é muito comum após a realização do aborto provocado com complicações infecciosas; as hemorragias; as perfurações e peritonites, que não resultam, felizmente, em morte, mas em graves consequências para a paciente e despesas para o Estado, além das sequelas emocionais relevantes e duradouras.

Tudo isso demonstra que é fundamental evitarmos e combatermos o aborto provocado, mas é fácil perceber que não é a proibição legal que consegue fazê-lo.

A discussão acaba colocando sempre, e com muita ênfase, questões religiosas. Precisamos entender que essas questões, além de relevantes e respeitáveis, estão relacionadas com o foro íntimo de cada um e balizadas na liberdade religiosa existente em nosso país. O estado brasileiro é laico e, exatamente por isso, permite a pluralidade religiosa.

Se, felizmente, há liberdade e pluralidade de religiões, esses louváveis e desejáveis credos não podem permear o processo legislativo e impor decisões políticas para todos. Devem estar vigentes (leis e credos), isso sim, no respeito às decisões religiosas de cada pessoa, e

105. Hill K, Thomas K, Abouzahr C, Walker N, Say L, Inoue M, Sukuzi E, et al. Estimates of maternal mortality worldwide between 1990 and 2005: an assessment of available data. *Lancet*. 2007;370(9595):1311-9. .

106. Brasil. Ministério da Saúde. Manual dos Comitês de Mortalidade Materna. 2009. Brasília. . [internet]. [acesso em 2019 set]. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_comites_mortalidade_materna.pdf.

107. Brasil. Conselho Federal de Medicina. [internet]. [acesso em 2019 set]. Disponível em: http://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=20267:estimativa-2006-incidencia-de-cancer-no-brasil&catid=46.

não na formulação de leis, que, dessa forma, imporiam a todos a obediência de princípios religiosos de apenas alguns (maioria ou minoria) e contrariariam a própria liberdade e pluralidade religiosa de um estado laico e democrático.

Não podemos considerar também esta questão, a meu ver arcaica e extremista, de que cada mulher tem liberdade integral de fazer o que quiser com o próprio corpo. Penso que é um raciocínio dos primórdios do feminismo que não cabe numa discussão que oriente a elaboração de leis.

É mister deixar de lado, também, a questão do aborto considerado como combate à violência. O raciocínio do autor americano Steven Levitt¹⁰⁸ não deveria estar sendo utilizado nesta discussão, pois quem coloca a questão da forma como ele o faz induz ao aborto como uma medida anticonceptiva eugênica para prevenir violência. Isso é um verdadeiro absurdo. É muito mais lógico, humano e ético cuidarmos da educação, especialmente da primeira infância, como forma de evitar a violência e oferecermos planejamento familiar e educação reprodutiva para evitar o aborto.

QUESTÕES FUNDAMENTAIS

1. Não podemos permitir que o aborto continue criminalizando e estigmatizando a mulher que o faz. Nenhuma mulher engravida prevendo cometer o “crime” do aborto. Se ela busca essa solução, inadequada e agressiva, é porque o sistema de saúde não ofereceu planejamento familiar, as escolas não ensinaram sexualidade e reprodução humana, com o agravante de que a sociedade e o núcleo familiar não amparam as mulheres que engravidam sem desejar, no processo de gravidez, parto, puerpério e criação desses filhos. Por isso, seria também errado aprovar a despenalização sem corrigir esses outros fatores, principalmente a oferta universal de planejamento familiar definitivo e temporário. Todas as experiências internacionais que ofereceram às mulheres o conjunto dessas condições redundaram em uma diminuição significativa do aborto.
2. Outro fato importante é a avaliação de experiências internacionais antigas, mantidas e consistentes na influência da descriminalização e legalização do aborto e na taxa de abortamento, já que todos, favoráveis ou contrários à descriminalização, somos absolutamente contra o aborto provocado e a favor de sua diminuição ou mesmo abolição. Na França e na Itália, como exemplo, após a descriminalização, houve um pequeno aumento na incidência de abortos (possivelmente decorrente da notificação desprovida de penalização) e, logo a seguir, uma enorme e mantida queda. O número de abortos diminuiu após a liberação, entre outras razões, porque em vez de abortar na clandestinidade, muitas mulheres passaram a abortar em serviços públicos e a receber informações e meios para evitar novas gestações não desejadas. Nos dois países, houve também oferta aumentada de métodos anticonceptivos concomitantemente com a descriminalização do aborto. Muitas outras modificações nos procedimentos ocorrem com a despenalização do aborto, que acaba sempre sendo uma discussão lenta e sofrida.

108. Economista americano, nascido em 1967, que utiliza a teoria econômica para explicar fenômenos da vida cotidiana. Autor do livro *Freakonomics*, de 2005.

3. Outro fato que não pode ser desprezado é que o aborto, mesmo na ilegalidade, é fartamente realizado, seja pelos métodos rudimentares e invasivos, seja pela idade da gravidez, que não é respeitada. A descriminalização e a legalização serviram, nos países onde ocorreram, para estabelecer limites de idade, circunstâncias e condições em que se pode fazer o aborto, além da utilização de métodos adequados e de menor risco, razão pela qual a mortalidade cai após a despenalização.
4. Uma consideração oportuna é procurarmos saber por que, com tantas razões lógicas, é tão difícil mudarmos a lei, ampliar as condições em que as mulheres podem abortar ou mesmo descriminalizar o aborto. Sem dúvida, as questões religiosas e fundamentalistas contribuem, mas também existe o fato de que, em geral, as pessoas que legislam não são afetadas por esta questão; as mulheres em geral são minoria no Poder Legislativo e, além disso, as pessoas abastadas, quando precisam recorrer a um aborto provocado, contam com toda segurança. Aqueles, portanto, com poder para induzir as mudanças não são afetados pelas leis restritivas, já que abortos clandestinos absolutamente seguros estão disponíveis para os que podem pagar. As grandes vítimas desse processo são especialmente as mulheres pobres, que têm pouco poder de pressão.

Existe uma grande confusão entre aceitar o direito da mulher na interrupção da gravidez em determinadas circunstâncias e ser favorável ao aborto ou desprezar o valor moral do feto. Aceitar esse direito pode estar perfeitamente ligado a ser contra o aborto e aceitá-lo como uma forma de diminuir a ocorrência de abortos. As experiências da França e da Itália mostram isso, e a da Romênia agrega a certeza da relação com as mortes maternas¹⁰⁹.

Para que todos entendam o problema do aborto, é necessário esclarecer alguns pontos fundamentais: i) aqueles que são a favor da descriminalização não são a favor do aborto, ou seja, a descriminalização não promove o aborto. Temos experiências internacionais importantes publicadas e republicadas que comprovam isso. Além do mais, todos reconhecemos que o feto existe e tem valor moral; ii) é possível e necessário, com a legalização, colocar limites claros de idade gestacional para que o aborto somente seja praticado em condições determinadas estabelecidas em lei de maneira clara; e iii) finalmente, é fundamental promover, simultaneamente à despenalização, as medidas que permitam reduzir o aborto, já que todos (a favor ou contra a descriminalização) desejamos diminuir o número de abortos realizados, e não só descriminalizar as mulheres.

Na realidade, o que está provado é que a oferta adequada e correta na metodologia anticoncepcional, inclusive os métodos permanentes, é francamente favorável à diminuição do aborto. Portanto, se o objetivo é diminuir os abortos, é preciso favorecer os métodos anticoncepcionais. Quem proíbe, quem impede ou quem não oferece esses métodos é responsável pela existência de abortos provocados; e se alguém deve ser penalizado, são os que impedem essa política, e não as mulheres, que são suas vítimas.

Essa ideia é corroborada por uma frase proferida pelo teólogo católico suíço Hans Küng e publicada na Folha de São Paulo, em 22 de outubro de 2007: (*sic*) “Se o objetivo

109. Costa E. A propriedade coletiva do feto na Romênia. (e a hipocrisia individualista no Brasil). [internet]. [acesso em 2019 set]. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X1990000100010>.

é diminuir os abortos, então seria preciso favorecer os métodos anticoncepcionais. Quem proíbe esses métodos é corresponsável pela existência de tantos abortos”¹¹⁰.

Ser favorável à descriminalização do aborto ou à sua ampliação legal para situações como a anencefalia não é ser favorável ao aborto, e, sim, ter uma postura corajosa, humana, científica e trabalhar concretamente para sua diminuição¹¹¹.

A experiência do Caism com interrupções em casos de anencefalia mostra a complexidade da questão. Não se combate uma prática social distorcida, de prevalência elevada, jogando-a para debaixo do tapete, fingindo que ela não existe, mitificando-a e permitindo, por não a regulamentar, seu uso comercial, abortamentos tardios que são terríveis e uso de metodologias rudimentares que causam lesões permanentes e óbitos.

É óbvio que, com a mesma ênfase, deve-se colocar em prática, não somente no discurso, educação para saúde e uma atenção primária que ofereça às mulheres acesso fácil a todos os métodos anticoncepcionais, orientando-as para o uso do melhor em cada fase de sua vida, ou seja, aquele que evita uma gravidez indesejada sem prejudicar sua saúde e seu direito de escolha, inclusive religioso. Isso é planejamento familiar.

É necessário multiplicar também os serviços de atendimento às vítimas de violência sexual, e não os concentrar tolamente. É urgente providenciar que a lei da ligadura de trompas e deferentes, que foi aprovada no Congresso Nacional, em 1996¹¹², seja colocada em prática, pois, até agora, salvo raríssimas exceções, essas cirurgias não são oferecidas pelos hospitais públicos, que também não oferecem, na sua grande maioria, o aborto que é permitido por lei há mais de 60 anos, obrigando mulheres estupradas a procurá-lo ilegalmente e tirando das menos favorecidas economicamente a possibilidade de usar métodos seguros e não invasivos para fazê-lo.

Até a década de 1990, havia só quatro hospitais públicos que atendiam gratuitamente o aborto legal provocado: dois em São Paulo, um em Campinas e um no Rio de Janeiro. Houve algum progresso. Hoje, há 40 unidades hospitalares que atendem a esses casos, porém, com deficiências. Ainda há cinco estados no Brasil sem qualquer atendimento, e uma burocracia desnecessária e impeditiva¹¹³.

Na verdade, pouco ou nada se fez nas últimas décadas para prevenir ou combater o aborto no País. Não é possível solucionar problemas tão complexos e graves como esses sem uma visão correta, profunda, humana e corajosa, que comprovadamente inexistente, de alto a baixo, nos níveis decisórios da sociedade brasileira.

Por todas essas razões, a proposta que fizemos no Congresso Nacional de um voto em separado agrega e condiciona a descriminalização a duas outras modifi-

110. Folha de São Paulo. Entrevista Da 2ª Hans Küng – Teólogo [internet]. 2007 out 22 [acesso em 2019 set]. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/fsp/brasil/fc2210200715.htm>.

111. Desde 2012, é permitido o abortamento dos fetos anencéfalos, conforme decisão do Supremo Tribunal Federal, no julgamento da Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental (ADPF) 54. Para saber mais sobre o tema: <http://www.stf.jus.br/portal/cms/verNoticiaDetalhe.asp?idConteudo=204878>. Acesso em: set 2019.

112. Brasil. Lei do Planejamento Familiar. Lei nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996. Regulamenta o parágrafo 7º do art. 262 da Constituição Federal que trata do planejamento familiar, estabelece penalidades e dá outras providências. Brasília: DF. Diário Oficial da União [internet]. 1996 [acesso em 2019 set 02]; 15 jan 1996. Seção 1, p.1-3. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L9263.htm

113. O autor não indicou a fonte da informação.

cações legais indispensáveis: (emendas aditivas 1 e 2 ao Projeto de Lei n.º 1.135, de 1991 – Apensado o PL 176, de 1995)¹¹⁴: i) a obrigatoriedade de oferecimento de acesso fácil e universal de planejamento familiar com métodos temporários e definitivos, penalizando os gestores de saúde que não o fizerem; e ii) um referendo popular, pois ele permitirá uma discussão obviamente necessária e elucidativa, além de oferecer a decisão à população brasileira.

Em outras palavras, legaliza-se, ao mesmo tempo, um conjunto de medidas em prol da diminuição e combate ao aborto provocado e à descriminalização, que é um ato de justiça para as mulheres. Por outro lado, condiciona-se a efetivação da descriminalização à universalização do planejamento familiar e a um referendo popular.

Retira-se das mulheres o peso do cometimento de crime quando busca interromper uma gravidez não desejada, mas exige-se também a responsabilização dos gestores do SUS para o pleno acesso da população aos meios e informações sobre concepção e anticoncepção.

Em seguida, a população referendaria, ou não, a nossa decisão, após debates mais abalizados sobre o tema. A lei apenas entraria em vigor após sua aprovação no respectivo referendo, por manifestação da soberania popular, nos termos da Constituição Federal, em seu art. 14, II.

Essa nos parece a mais democrática das decisões que o Congresso poderia tomar sobre assunto de tamanha importância social.

4.4.2 A QUESTÃO DO FETO ANENCÉFALO¹¹⁵

Por ser tema que interfere em questões sociais, religiosas, médicas e éticas, torna-se necessário ir nesta análise do geral para o particular, razão pela qual abordaremos, mesmo que resumidamente, a posição da mulher, a complexa polêmica do aborto provocado, o planejamento familiar, as possíveis soluções em discussão para essas questões conflitantes, para, depois, tratar do aborto por anomalia fetal e, a seguir, especificamente, a problemática em pauta, ou seja, a interrupção da gravidez por feto anencefálico.

A. A POSIÇÃO DA MULHER

Tradicionalmente, a sociedade tem tratado a mulher como cidadã de segunda classe, com muitas obrigações, poucos direitos e quase nenhuma assistência. Espera-se que ela esteja sexualmente disponível, não transmita doenças sexuais e não engravide com muita frequência, ainda que não lhe sejam fornecidas informações nem condições para levar adiante as tarefas que lhe são impostas. Culturalmente, são atribuídos às mulheres os deveres de alimentar e educar as crianças, cuidando para que o lar esteja sempre limpo e bem

114. Brasil. Projeto de Lei n.º 1135/1991. Suprime o artigo que caracteriza crime o aborto provocado pela gestante ou com seu consentimento: (liberalização do aborto); altera o Decreto-lei n.º 2.848, de 1940. Disponível em: <https://www.camara.leg.br/proposicoes/Web/fichadetramitacao?idProposicao=16299>. Acesso em: set 2019. Brasil. Projeto de Lei n.º 176/1995. Dispõe sobre a opção da interrupção da gravidez. Disponível em: <https://www.camara.leg.br/proposicoes/Web/fichadetramitacao?idProposicao=15125>. Acesso em: set 2019.

115. Desde 2012, é permitido o abortamento dos fetos anencéfalos, conforme decisão do Supremo Tribunal Federal, no julgamento da Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental (ADPF) 54. Para saber mais sobre o tema: <http://www.stf.jus.br/portal/cms/verNoticiaDetalhe.asp?idConteudo=204878>. Acesso em: set 2019.

arrumado; e, se qualquer coisa não correr bem, a culpa recai sobre elas. Quando trabalha fora de casa, a mulher, quase sempre, não pode renunciar a essas tarefas, tampouco dividi-las com seu parceiro. Em lugar algum deste planeta, existe uma forma de compensação financeira ou sistema de aposentadoria para esse trabalho tão essencial à sociedade.

Para grande número de mulheres, a gestação, o parto e o puerpério ainda estão cercados por muitos riscos, particularmente nos países em desenvolvimento. Essa situação reflete-se no alto índice de mortalidade materna, alcançando taxas até 50 vezes maiores que nos países desenvolvidos¹¹⁶.

Dados recentes de um relatório da ONU são bastante ilustrativos: o número de mulheres analfabetas no mundo cresceu de 543 milhões em 1970 para 597 milhões em 1985, e mais de 700 milhões em 1995, enquanto o número de homens analfabetos se manteve mais ou menos estável¹¹⁷.

A mulher trabalha tanto ou até mais que o homem em qualquer lugar no mundo, em média 13 horas a mais por semana, de acordo com estudos realizados na Ásia e na África, e seu trabalho tem menor remuneração mesmo nos países desenvolvidos¹¹⁸.

De 8 mil abortos ocorridos em Bombaim após realizada a amniocentese, apenas uma criança teria sido um menino. Estima-se que somente na Ásia 60 milhões de crianças do sexo feminino tenham ‘desaparecido’ unicamente por serem mulheres. Esse total inclui bebês do sexo feminino que são abortados ou mortos logo ao nascer, ou que morrem por receber menos alimentos e cuidados médicos do que os recém-nascidos do sexo masculino¹¹⁹.

Para não nos limitarmos ao Terceiro Mundo, recentemente, a Associação Médica Americana demonstrou que, naquele país, a mulher tem 30% menos chances de receber um transplante de rim do que o homem¹²⁰. Essas são apenas ilustrações de como o processo de discriminação contra a mulher ainda continua com muita força sem que a sociedade muitas vezes se dê conta de sua extensão e gravidade.

B. ABORTO PROVOCADO

O aborto provocado, que não pode ser desvinculado desse contexto, é sem dúvida um dos mais complexos e controversos fenômenos sociais que a humanidade enfrenta. À medida que as sociedades se tornam mais democráticas e os meios de comunicação de massa difundem informações e ideias, questões como essa passam a ser motivo de opiniões por parte de cada cidadão sem que, muitas vezes, tenha refletido ou se informado devidamente sobre o assunto.

116. Brasil. Ministério da Saúde. Estudo da Mortalidade de Mulheres de 10 a 49 anos, com ênfase na mortalidade materna – relatório final. 2006. [internet]. [acesso em 2019 set]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd11_03estudo_mortalidade_mulher.pdf.

117. ONU. UNESCO. Educação para todos: o imperativo da qualidade; Relatório de monitoramento global da EPT, 2005. [internet]. [acesso em 2019 set]. Disponível em: <https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000137333>.

118. ONU. UNESCO. Educação para todos: o imperativo da qualidade; Relatório de monitoramento global da EPT, 2005. [internet]. [acesso em 2019 set]. Disponível em: <https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000137333>.

119. ONU. UNESCO. Educação para todos: o imperativo da qualidade; Relatório de monitoramento global da EPT, 2005. [internet]. [acesso em 2019 set]. Disponível em: <https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000137333>.

120. Garg PP, Furth SL, Fivush BA, Powe NR. Impact of gender on access to the renal transplant waiting list for pediatric and adult patients. *J Am Soc Nephrol.* 2000 May;11(5):958-64.

Talvez o aspecto mais importante do problema é que o aborto representa uma ameaça à saúde das mulheres que a ele recorrem, contribuindo, em grande parte, para os elevadíssimos níveis de mortalidade materna no Brasil. É muito difícil, se não impossível, conhecer exatamente a magnitude da questão da gravidez indesejada. Os poucos dados existentes referem-se à sua principal consequência: o aborto induzido. No mundo inteiro, são realizados cerca de 50 milhões de abortos a cada ano, mas qualquer estimativa deve ser vista com desconfiança, pois seguramente está longe da realidade¹²¹. Informações sobre a real dimensão do problema são ainda mais duvidosas na América Latina, onde apenas Cuba tem o aborto legalizado, podendo fornecer dados mais exatos¹²².

No caso do Brasil, os números fornecidos variam de 500 mil a 4 milhões de abortos, sem base confiável para qualquer uma das várias estimativas. Informações fornecidas pelo Inamps apontam que pouco mais de 200 mil mulheres são hospitalizadas para tratamento de complicações pós-aborto anualmente. O seguro social cobre por volta de 70% da população brasileira, o que poderia facilitar o cálculo, mas a proporção da necessidade de hospitalização em casos de aborto induzido é desconhecida. Consequentemente, o número de abortos praticados ilegalmente naquele ano poderia ser estimado em não menos de 296 mil, se em todos os casos tivesse havido hospitalização, até 1,48 milhão, se apenas 20% dos abortos fossem hospitalizados. Seja qual for o número escolhido, estamos muito longe de estimativa de 4 milhões ao ano, frequentemente divulgada na imprensa leiga¹²³.

No entanto, embora os números girem em torno das centenas de milhares ou mesmo de milhões, o mais relevante é o fato de que uma parcela muito significativa das mulheres no Brasil, assim como na América Latina, enfrenta o drama pessoal e o risco físico de uma gravidez indesejada e de um aborto clandestino. A maioria das estatísticas internacionais mostra que os abortos ilegais ocorrem prioritariamente no grupo de mulheres casadas, entre 20 e 30 anos, com dois ou três filhos.

Alguns estudos mais analíticos demonstram que o problema da gravidez indesejada e aborto ilegal é mais grave para jovens adolescentes solteiras. Elas têm menos assistência social, mais dúvidas, menos capacidade financeira para pagar uma interrupção em condições técnicas mais adequadas e costumam demorar mais para tomar conhecimento de sua gravidez e decidir por sua interrupção¹²⁴. Portanto, é esse grupo que sofre as complicações mais graves, praticando o aborto num estágio mais avançado da gestação, com maior proporção de complicações e risco de mutilação e morte.

Apesar de sua importância, devido à grande frequência e riscos de saúde que envolve, a questão do aborto provocado transcende o terreno médico e epidemiológico. Essa questão está intimamente relacionada com a sexualidade, questão que em si já é complexa, e com o conceito do início da vida, o qual é muito mais cultural do que biológico, envolvendo avaliação de valores morais e religiosos.

121. Shah I, Ahman E. Unsafe abortion in 2008: global and regional levels and trends. *Reproductive Health Matters*. Volume 18, 2010. [internet]. [acesso set. 2019]. Disponível em: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1016/S0968-8080%2810%2936537-2>.

122. Shah I, Ahman E. Unsafe abortion in 2008: global and regional levels and trends. *Reproductive Health Matters*. Volume 18, 2010. [internet]. [acesso set. 2019]. Disponível em: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1016/S0968-8080%2810%2936537-2>.

123. Chauí M. Mãe, Mulher ou Pessoa: discutindo o aborto. 1984. São Paulo. [internet]. [acesso set 2019]. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-64451984000100009>.

124. Chauí M. Mãe, Mulher ou Pessoa: discutindo o aborto. 1984. São Paulo. [internet]. [acesso set 2019]. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-64451984000100009>.

Dessa forma, o aborto acaba suscitando, além de opiniões contrastantes, emoções fortes que levam muitas vezes a violências maiores que o próprio ato do aborto. Do ponto de vista moral e religioso, ele vem sendo discutido há séculos. É provável que na Antiguidade, de modo geral, o aborto não fosse encarado como questão moral. De fato, nem o Antigo nem o Novo Testamento, tampouco o Talmud¹²⁵, mencionam o aborto provocado.

Por outro lado, desde a Antiguidade até a Era Medieval a relação de poder entre os sexos exerceu grande influência sobre a sua prática. Durante esse longo período quase todas as sociedades reconheceram o direito de propriedade do homem sobre o conceito; e aborto realizado à revelia do marido era severamente castigado. A partir do século I, o aborto se transforma em questão moral e passa a sofrer marcada influência do credo católico. Até o século VI, da era atual, a maioria dos teólogos sustentava o preconceito aristotélico de que, nas primeiras semanas de gestação, o aborto não era condenável, pois a alma ainda não havia se incorporado.

O primeiro código de Leis Canônicas, compilado no século XII, adotou a opinião de Santo Agostinho, considerando o aborto como homicídio somente após a 'formação' do feto, que ocorreria 40 dias após a concepção para o homem e 80 dias para a mulher. Após longa discussão, em 1869, Pio IX restabeleceu a doutrina de que a alma está presente desde a concepção, que perdura até os dias atuais.

Independentemente de qualquer conceito religioso, é indiscutível que o aborto provocado é uma agressão e uma situação de violência que se faz sentir em diferentes níveis.

Ninguém em sã consciência é a favor do aborto. Os médicos, formados em defesa da vida – e, particularmente, os ginecologistas –, não podem senão abominar a ideia da interrupção da gravidez. Como então conciliar essa postura perante as necessidades e angústias de suas pacientes, muitas das quais se veem em algum momento da vida obrigadas a praticar um aborto? Esse é um dilema que dificilmente deixou de se apresentar a cada ginecologista algumas vezes em sua vida profissional.

Lutar contra o aborto, um dever de todos, não deve significar apenas condená-lo, mas procurar suas causas e tentar resolvê-las, prevenir, em lugar de coibi-lo fazendo dele um crime. Seria ingenuidade, por exemplo, procurar resolver o problema das crianças de rua simplesmente as proibindo por lei ou muito menos condenando as crianças abandonadas, recorrendo a esquadrões de morte. No entanto, é isso que muitos setores da sociedade propõem em relação ao aborto.

É preciso que, culturalmente, visualize-se a questão de forma mais holística, no conjunto das diferentes variáveis sociais determinantes que o cercam e que essa visão seja mais inspirada em humanidade e ética do que em falsa moral ou comodismos maniqueístas. Lembro-me com tristeza de uma pessoa que se destacava por sua condenação pública ao aborto, quando a própria filha de 15 anos foi sexualmente violentada e engravidou sem sequer saber de quem. Sua opinião, que era irredutível enquanto permanecia no plano teórico e impessoal, mudou completamente quando viveu o drama individual.

125. O Talmud é uma coletânea de livros sagrados dos judeus, um registro das discussões rabínicas que pertencem à lei, ética, costumes e história do judaísmo.

O aborto é indesejável, é uma violência e, talvez, até um crime, só que a criminosa não é a mulher que o sofre, mas o conjunto das circunstâncias que levaram à interrupção da gravidez, no fundo, a própria sociedade que, por isso, deveria ser a última a julgar a mulher que pratica um aborto.

C – O PLANEJAMENTO FAMILIAR

Um aspecto intimamente ligado ao aborto é o planejamento familiar. Como resultado da gravidez indesejada, o aborto induzido seria evitado se os meios de regulação da fertilidade fossem de fato totalmente eficientes, inócuos e universais. Nos países do Terceiro Mundo e em alguns desenvolvidos, isso está ainda muito longe de ser realidade.

O acesso a meios seguros para evitar gestações indesejadas tem sido uma constante solicitação por parte das mulheres e ginecologistas desde o início do século XX. Não obstante, apenas após os países desenvolvidos e instituições internacionais começarem a se preocupar com o risco de uma explosão demográfica é que a anticoncepção começou a ser oferecida amplamente às mulheres.

Assim, os métodos de anticoncepção foram implantados nos países do Terceiro Mundo, não exatamente como um direito adquirido ou como opção da mulher, mas com o propósito de controlar a taxa de natalidade. Nesses programas controlistas, foram usados métodos em um número bastante limitado, sem muita preocupação com os riscos e contraindicações, em vez de oferecer a cada mulher, em cada fase de sua vida, a escolha do método mais conveniente para evitar gestação não desejada sem provocar danos físicos e emocionais.

No Brasil, cerca de 70% das mulheres em união conjugal estão fazendo uso de métodos anticoncepcionais, sendo que 35% usam anticoncepcionais orais, mais da metade delas com contraindicações absolutas ou relativas, e 40% foram esterilizadas, mais da metade delas antes dos 30 anos de idade¹²⁶.

Pesquisas realizadas pela Unicamp demonstraram que 80% das mulheres esterilizadas submeteram-se à ligadura tubária durante uma cesariana que poderia ter sido evitada, correndo um risco materno e neonatal desnecessário e com alto custo financeiro adicional para o sistema de saúde. Além disso, o que é pior, 82% delas pagaram ‘por fora’ para terem a operação realizada¹²⁷. Com um programa de anticoncepção como esse, que oferece reduzidas opções e pouca liberdade de escolha para as mulheres e seus médicos, obtém-se claramente, como de fato se tem conseguido, uma importante queda da natalidade, mas não se evita eficientemente o aborto provocado, pois a possibilidade de as mulheres ficarem por períodos longos de suas vidas, por inadequação dos métodos anticoncepcionais oferecidos, expostas a gestações indesejadas é muito grande.

A solução está em mudar completamente as características distorcidas desse programa de controle de natalidade, implantando em seu lugar um verdadeiro programa de planejamento familiar com opções de escolha, informações corretas e convenientemente integrado na atenção primária da rede pública de saúde, no contexto do atendimento das demais

126. Hardy E, Goodson P, De Souza TR, Rodriguez CM. Factors associated with the acceptance of Norplant or IUD among women with similar socio-demographic characteristics. *Adv Contracept.* 1991 Mar;7(1):95-105.

127. Faúndes A, Cecatti JG. Cesarean section in Brazil: incidence, trends, causes, consequences and suggestions for change. *Cad Saúde Pública.* 1991 Apr-Jun;7(2):150-73. Epub 2005 Apr 8.

necessidades básicas das mulheres. Esse será um processo lento, mas possível. Foi iniciado em São Paulo com bons resultados e é, sem dúvida, a forma mais eficiente de prevenir gestações indesejadas e, portanto, abortos provocados.

Contudo, ainda que os meios para evitar a gravidez indesejada sejam adequados, haverá falhas inevitáveis como aquelas que resultam de insucessos ocasionais de metodologia anticonceptiva eficiente, relações não programadas ou da violência sexual. Essa última situação é muito mais frequente do que se imagina, pois não se limita apenas ao estupro e assume formas sutis de opressão física e psicológica que a mulher nem sempre consegue superar¹²⁸.

As leis e, particularmente, as práticas trabalhistas do nosso país constituem-se frequentemente em situações que também podem contribuir para aumentar a pressão da necessidade de interrupção de uma gravidez. Cabe lembrar, adicionalmente, que o aborto não afeta apenas o embrião; é também, e antes de tudo, uma violência contra a mulher, que dificilmente deseja essa agressão contra si mesma.

A sociedade, entretanto, muitas vezes a deixa com poucas opções, e a única saída que ela enxerga é o aborto. Esse sentimento de desespero é tão forte que a leva a contrariar seus instintos, suas convicções religiosas, violar a lei e expor sua própria vida ao risco de um aborto induzido em situações clandestinas. Isso tudo está claramente associado à sua condição ainda inferior na sociedade atual. O aborto tem de ser entendido e enfrentado nesse nível.

D – AS POSSÍVEIS SOLUÇÕES

A solução só virá com medidas que mudem as condições sociais e ofereçam alternativas, seja na prevenção, seja na solução, mais atraentes, inteligentes, éticas e produtivas. Infelizmente não é isso que ocorre. Qual é a reação da sociedade ante a gravidez não desejada? Existe alguma forma real e organizada que permita à mulher continuar a gestação e ter seus filhos sem que a própria sociedade a condene também por isso?

Quais são os mecanismos que a sociedade estabelece para que não seja apenas a mulher que tenha de arcar com toda a carga da função reprodutiva, sem a qual a humanidade desapareceria em uma geração? As respostas a isso é que apontarão, em longo prazo, os caminhos para solucionar o drama do aborto provocado, trabalhando suas raízes.

De todo o exposto, parece ficar claro que a solução simplista de apenas criminalizar o aborto não é a resposta justa. Entretanto, essa atitude está tão culturalmente enraizada que, mesmo naqueles casos em que o aborto é permitido por lei, a mulher encontra tantos obstáculos para realizá-lo que acaba recorrendo à clandestinidade.

Historicamente, a criminalização do aborto nunca teve outro efeito que não aumentar a mortalidade materna, pois, sem diminuir sua incidência, apenas empurra o aborto para a clandestinidade, acarretando mais riscos físicos e emocionais. Medidas práticas de informação sobre riscos do aborto induzido, educação e serviços universais de anticoncepção,

128. Em 24 de setembro de 2018, foi sancionada a Lei nº 13.718, de 24 de setembro de 2018, que tipifica os crimes de importunação sexual e de divulgação de cena de estupro, tornando pública e incondicionada a natureza da ação penal dos crimes contra a liberdade sexual e dos crimes sexuais contra vulneráveis.

maior apoio social à maternidade, dentro e fora do casamento, e maior compreensão à mulher que não pode levar à frente uma gravidez são respostas mais adequadas.

No momento em que a mulher se decide pela interrupção da gravidez, dificilmente alguém pode pesar melhor do que ela mesma as razões dessa autoagressão. Nessa hora, ela precisa de apoio e ajuda, e não de recriminação e condenação (de quem nem tenta imaginar a situação que ela está vivendo).

O direito a decidir sobre seu próprio corpo emerge como uma importante reivindicação do movimento de emancipação da mulher. Cabe aos membros da sociedade, sejam mulheres ou homens, colocarem-se hipoteticamente nessa situação e reconhecer o abismo entre nossa "ética" na teoria e a realidade de quem sofre as pressões da própria sociedade.

Entretanto, não é apenas uma questão de emoção e não se pode aprofundar a discussão sem incursões sociológicas e filosóficas. Por isso, aqui me parece oportuno evocar para reflexão os conceitos de jusnaturalismo (que se sobrepõem às leis vigentes) revividos por Norberto Bobbio e recordar em Sófocles a ética de Antígona que, sobrepondo-se à lei, que era a vontade de Creonte, desafiou a cultura da época por uma questão puramente humana: dar sepultura digna a seu irmão.

Penso, entretanto, que, ao lado de aceitar a descriminalização do aborto e discutir sua normatização objetivando sua diminuição, deve-se encetar uma campanha educativa, esclarecedora de seus riscos e francamente contrária ao seu uso.

É preciso que essas realidades todas sejam desnudadas e que o problema do aborto seja amplamente discutido pelos diferentes setores da sociedade não com o propósito de incrementar a sua prática, mas de diminuí-la; não com o propósito de banalizar a questão do aborto, mas evitando que recaia como uma penalidade, em que a única 'criminoso' apontada e a menos culpada é a mulher que o pratica.

Devemos discuti-lo não para obrigar os médicos a praticá-lo e, muito menos, para facilitar sua prática pelas mulheres, mas sempre aceitando o direito da objeção de consciência, por parte do médico ou da mulher.

A discussão e o esclarecimento são também importantes para evitar que o aborto no Brasil seja legalizado por pressões internacionais controlistas, interferindo na nossa política demográfica, mas que possa ser descriminalizado e normatizado com o objetivo de sair do ambiente de selvageria no qual se encontra, diminuir gradativamente sua incidência, eliminar seu alto risco de morbiletalidade, despenalizando a mulher por sua prática. Não podemos fugir a esse debate, mesmo sabendo que ele será penoso para todos nós.

E – A QUESTÃO DAS ANOMALIAS FETAIS

O diagnóstico pré-natal (DPN) de anomalias fetais foi uma aquisição incorporada à medicina na década de 1950 nos países desenvolvidos e iniciada no Brasil no final dos anos 1970. Nos últimos anos, desenvolveu-se uma nova área multidisciplinar de atuação, denominada Medicina Fetal, que incorporou às técnicas de diagnóstico as possibilidades da terapêutica intrauterina. Não há dúvida de que o futuro trará avanços imensos e que será possível tratarmos fetos com doenças graves por meio da terapia gênica.

É fundamental, entretanto, transportarmos o foro das discussões para a realidade vigente. O diagnóstico de anomalias fetais foi mais influenciado por fatores sociais que por avanços técnicos. Sua evolução dependeu das mudanças de atitudes que a sociedade foi apresentada à medida que a industrialização prolongava a vida média das pessoas, hoje de 80 anos nos países desenvolvidos, ao mesmo tempo que a mulher ganhava espaço na vida produtiva.

As mulheres que procuravam prosseguir os estudos e entravam no mercado de trabalho adiavam a maternidade até a quarta década de vida, passando a constituir um grupo de gestantes de maior risco genético para aberrações cromossômicas. O DPN permitiu a identificação de fetos portadores de alterações cromossômicas e colocou, aos olhos de todos, a questão do aborto por anomalia fetal.

Devemos lembrar, entretanto, que o DPN não se restringe ao diagnóstico das aberrações cromossômicas. Ao contrário, em todos os países do mundo, incluindo-se o Brasil, é a ultrassonografia que efetua a maioria dos diagnósticos de anomalias anatômicas fetais, sendo que muito frequentemente essas alterações são diagnosticadas em casais sem antecedentes de malformações congênitas, representando casais até então de baixo risco genético. Vale assinalar, ainda, que os diagnósticos efetuados pela ultrassonografia tendem a ser tardios. Isso decorre do fato de que muitos serviços padronizaram a primeira ultrassonografia de rotina no pré-natal por volta da 20ª semana.

É razoável ser proposto pelo menos um exame confirmatório após a suspeita levantada em uma primeira ultrassonografia anormal, o que fará a gestação encontrar-se até nas 22ª/24ª semanas, quando tivermos um diagnóstico seguro e comprovado por uma equipe médica habilitada. Essa agenda hoje está em mudança, e tudo se realiza mais precocemente. O grau de precisão dos resultados obtidos na avaliação da saúde fetal é altíssimo, desde que os exames sejam realizados por equipe competente e treinada. De maneira geral, é admitida uma margem de erro menor que 1/1.000¹²⁹.

A imensa maioria dos erros inatos de metabolismo, das anomalias da cadeia de hemoglobina (talassemias e anemia falciforme, por exemplo) e das infecções congênitas (apenas para ficarmos com alguns exemplos) permite hoje diagnósticos precisos no feto, muitas vezes com auxílio da biologia molecular. No caso específico das infecções congênitas (rubéola, toxoplasmose e citomegalovírus), a incorporação da Reação em Cadeia da Polimerase (Polymerase Chain Reaction – PCR) permitiu a investigação dos fetos de gestantes que apresentaram infecção aguda por um desses agentes e a informação, com grande margem de segurança, se o feto foi de fato comprometido ou não. Nesse ponto, entra a questão: o que fazer diante de uma anomalia fetal grave e incurável?

O aborto de um feto com anomalia grave sempre foi motivo de tensão, mesmo porque muitos profissionais envolvidos no tratamento dessa questão consideram o aborto uma solução inaceitável. O enfrentamento do tema suscitou, nos países desenvolvidos, no final da década de 1960, incansáveis discussões na categoria médica e fora dela, além de envolver os casais que estavam gerando fetos anormais.

129. Sedgh G, Singh S, Henshaw SK, Bankole A. Legal abortion worldwide in 2008: levels and recent trends. *Int Perspect Sex Reprod Health.* 2011 Jun;37(2):84-94. doi: 10.1363/3708411.

No Brasil, a introdução das técnicas de DPN só ocorreu a partir do final dos anos 1970; e, conseqüentemente, todo o debate em relação ao aborto por anomalia fetal se iniciou muito depois do ocorrido nos países de Primeiro Mundo. Na verdade, essa questão só recebeu espaço na imprensa e passou a ser discutida pela sociedade brasileira a partir de 1992, quando foi constituída a Comissão de Estudo para Reformulação do Código Penal.

F – A LEI NOS DIVERSOS PAÍSES

Uma boa revisão que encontramos sobre as leis relativas ao aborto no mundo é de Henshaw¹³⁰, assim, consideramos válido mencionar alguns dos dados mais importantes desse notável trabalho. As leis que norteiam o aborto induzido no mundo têm abrangência variável, desde aquelas que o proíbem sem nenhuma exceção até aquelas que o consideram um direito da mulher grávida.

Cinquenta e três países, correspondendo a 25% da população mundial, situam-se na categoria mais restritiva, em que o aborto é permitido somente quando a gravidez representa um risco para a vida da mãe. Quarenta e dois países com pelo menos 1 milhão de habitantes, compreendendo 12% da população mundial, possuem leis autorizando o aborto por questões médicas em sentido mais amplo – quando há risco de vida materna (não limitado ao risco de perder sua vida) e, algumas vezes, por risco genético ou questões jurídicas como estupro ou incesto. Nesses países, porém, não é permitido o aborto por indicações sociais isoladamente ou a pedido unicamente da gestante. Vinte e três por cento da população mundial vive nos 14 países nos quais o aborto é permitido por motivos sociais ou médico-sociais, significando que o aborto é permitido por condições sociais adversas, que tanto justificam a interrupção da gestação quanto devem ser consideradas na avaliação do agravo à saúde mental da mulher. Na maioria desses países, incluindo Austrália, Finlândia, Inglaterra, Japão e Taiwan, o aborto é virtualmente permitido pela simples decisão da gestante. As leis menos restritivas dizem respeito aos 23 países onde o aborto é permitido pela simples opção da grávida. Alguns dos países mais populosos do mundo – China, Rússia, países da antiga União Soviética, EUA e a metade dos países da Europa – estão nessa categoria, correspondendo a 40% da população mundial. Na Suécia, na ausência de contraindicações médicas, a mulher tem o direito de optar pelo aborto legal até o término da 18ª semana de gestação. Em alguns países, como a própria Suécia e a antiga Iugoslávia, o aborto é definido explicitamente como um direito da mulher grávida.

Mesmo nos países onde o aborto é permitido pela simples opção da mulher, os serviços médicos estão sujeitos às normas médicas e cirúrgicas. Por exemplo, na maioria, senão em todos os países, os serviços que executam os abortos devem ser orientados por médicos devidamente licenciados e apenas com o consentimento da gestante.

A maioria dos países que permitem o aborto por decisão única da gestante tem limites de idade gestacional para que ele seja efetuado. Assim, o aborto é permitido até 24 semanas (Cingapura) ou até a viabilidade do conceito (China, Holanda e EUA). Na Inglaterra, o limite legal é de 28 semanas, embora restrições de caráter administrativo tenham baixado esse marco para 24 semanas.

130. Sedgh G, Singh S, Henshaw SK, Bankole A. Legal abortion worldwide in 2008: levels and recent trends. *Int Perspect Sex Reprod Health*. 2011 Jun;37(2):84-94. doi: 10.1363/3708411.

De maneira geral, os países muçulmanos, a África e a América Latina contam com poucos abortos legais, excetuados os casos de estupro e risco de vida materna.

G – A LEI NO BRASIL

No Brasil, a lei que regulamenta o aborto está contida no Código Penal, sancionado em dezembro de 1940¹³¹. Nessa época, era inexistente qualquer meio de avaliação da saúde fetal. Felizmente a medicina evoluiu muito, e a medicina fetal em particular desenvolveu técnicas de diagnóstico e, quando possível, de tratamento fetal.

Tornou-se, assim, urgente a revisão do Código Penal e uma discussão da sociedade brasileira relativa à opção da gestante de interromper uma gravidez diante de uma anomalia grave e incurável.

Em 1992, foi criada uma comissão para reformulação do Código Penal, e a parte específica dos crimes contra a vida foi orientada por uma subcomissão. Antes dos trabalhos da comissão, um grupo de conselheiros do CFM já havia elaborado um estudo contemplando uma possível descriminalização do aborto por anomalia fetal até 24 semanas de gravidez¹³². A comissão propõe a seguinte redação para o futuro Código Penal:

Não constitui crime o aborto praticado por médico: Comprovando-se, através de diagnóstico pré-natal, que o nascituro venha a nascer com graves e irreversíveis malformações físicas ou psíquicas, desde que a interrupção da gravidez ocorra até a vigésima semana e seja precedida de parecer de dois médicos diversos daquele que, ou sob cuja direção, o aborto é realizado¹³³.

Entretanto, como é costume acontecer, os fatos sociais precedem a reformulação das leis. Em 19 de dezembro de 1992, o juiz Dr. Miguel Kfourri Neto, de Londrina, autorizava pela primeira vez um aborto legal em feto portador de anencefalia numa gestação de 20 semanas.

A equipe do Instituto de Medicina Fetal e Genética Humana de São Paulo entrou com ação judicial em 4 de novembro de 1993 solicitando a interrupção legal de uma gravidez de 24 semanas com feto portador de acrania e onfalocele. Em 5 de novembro, ou seja, em apenas 24 horas, o juiz dr. Geraldo Pinheiro Franco autorizava a interrupção da gravidez. Baseado nessas duas sentenças, em 3 de dezembro de 1993, o juiz Dr. José Fernando Seifarth de Freitas, de Guarulhos, São Paulo, autorizava a interrupção de uma gestação de 20 semanas comprometida por anencefalia¹³⁴.

Esses casos mostram que dois preconceitos foram eliminados. Nem é lenta a justiça quando a decisão é urgente para preservar a qualidade de vida dos envolvidos, nem os juízes

131. Brasil. Código Penal. 1940. [internet]. [acesso em set 2019]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del2848compilado.htm.

132. Brasil. Folha de São Paulo. Justiça autoriza aborto de feto malformado. 2004. [internet]. [acesso em set 2019]. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/fsp/1994/6/18/brasil/32.html>.

133. Brasil. Folha de São Paulo. Justiça autoriza aborto de feto malformado. 2004. [internet]. [acesso em set 2019]. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/fsp/1994/6/18/brasil/32.html>.

134. Brasil. Folha de São Paulo. Justiça autoriza aborto de feto malformado. 2004. [internet]. [acesso em set 2019]. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/fsp/1994/6/18/brasil/32.html>.

são insensíveis aos avanços da ciência e às necessidades prementes do ser humano. É fato, porém, que estava certo o Dr. Kfoury ao afirmar que a justiça precisa defrontar-se com casos práticos, a fim de raciocinar e amadurecer pontos de vista com base em situações práticas.

H – UM ESBOÇO DE DISCUSSÃO ÉTICA

As discussões éticas relativas ao aborto por anomalia fetal tiveram lugar nos países de Primeiro Mundo logo após a introdução dos métodos de DPN. Nos EUA, até 1973, quando a lei americana foi modificada permitindo o aborto, o diagnóstico de uma anomalia fetal era submetido às comissões de ética e aos obstetras dos hospitais que, diante de um diagnóstico efetuado e na dependência da decisão da gestante, ou do casal, aprovavam a interrupção da gravidez. Uma testemunha indiscutível desse fato foi o colóquio *génétique, procréation et droit* (CGPD), ocorrido em 1985, em Paris¹³⁵.

Na verdade, o dilema do casal perante um diagnóstico de anomalia fetal grave e incurável não ocupou até agora um espaço importante nos meios de comunicação, como é o caso, por exemplo, da fertilização de mulheres após a menopausa, nem por isso, ele é, na realidade, menos importante. A evolução da ciência médica tem sido impressionante nos campos do diagnóstico, da terapêutica; e, em alguns países, a prevenção ocupa hoje lugar de destaque. As consequências dessa evolução atingem igualmente médicos, sociedade, legisladores e consumidores. Entendemos aqui o consumidor como o paciente que necessita do serviço de saúde. Há uma enorme diferença entre a situação do paciente de um país desenvolvido e aquilo que ocorre no Brasil.

Nos países desenvolvidos, o médico é obrigado a informar ao paciente sobre seus riscos e colocar à sua disposição todos os métodos diagnósticos e terapêuticos disponíveis, sob pena de ser processado se assim não agir. No Brasil, compreensível de certa forma pela ausência de suporte legal, não é isso que ocorre. Não é raro entre nós que um médico deixe de indicar um exame específico em gestação de risco genético por temer seus resultados e as consequências inexoráveis destes.

Por outro lado, o Código de Defesa do Consumidor¹³⁶ não foi ainda absorvido pela sociedade e pelos pacientes em particular. No Brasil, o questionamento dos pacientes sobre a excelência do atendimento médico é ainda muito tênue. O direito que todo paciente deve ter relativo a um atendimento médico competente e atualizado é assimilado por uma pequena minoria de pessoas que tem acesso à informação e a um atendimento médico diferenciado. Na realidade, na maioria dos casos em que o resultado é o nascimento de uma criança afetada, fruto de gestação reconhecidamente de risco genético, esse fato é ainda interpretado como fatalidade.

Observando-se a questão de uma maneira mais ampla, nos países de Primeiro Mundo, o ônus de uma criança deficiente recai primordialmente sobre o Estado. Esse, por sua vez, provê a família com recursos adequados de reabilitação e insere o deficiente da melhor maneira possível dentro da sociedade. No Brasil, não ocorre o mesmo. O ônus do deficiente recai integralmente sobre a família. Ainda pior: muitos planos de assistência médica e seguros-saúde se desobrigam de fornecer cobertura em casos de anomalia congênita ou moléstia hereditária. A equação é duplamente perversa em nosso caso. O casal é obrigado

135. O autor não indicou a fonte da informação.

136. O autor não indicou a fonte da informação.

a manter a gravidez de um feto anormal, e, por ocasião do nascimento da criança, não tem recursos para cuidar dela.

É fácil entender também por que nos países desenvolvidos são elaborados programas nacionais para detecção de anomalias fetais. Não se trata de altruísmo. Simplesmente, não interessa ao Estado arcar com número maior de deficientes de toda a natureza, além do estritamente imprevisível. As cifras são impressionantes. Nos EUA, são gastos US\$ 3 bilhões por ano com crianças com sequelas de paralisia cerebral, apenas para citarmos um exemplo. Outro dado importante é que o custo de uma criança com Síndrome de *Down*, nos primeiros dez anos de vida, permitiria a realização de dez mil amniocenteses ou amostras de vilos coriais¹³⁷.

A medicina fetal não é obra de Deus nem do demônio. Ela é parte integrante da medicina que fornece diagnóstico e, quando possível, terapêutica, encarando o feto como um paciente.

Entretanto, há situações nas quais uma anomalia grave é diagnosticada e para a qual não há terapêutica. Segundo Pieri¹³⁸, em 92% dos casos no Brasil, diante de uma anomalia fetal, a opção do casal é pela interrupção de gestação. Será ético que, em uma situação dessa natureza, o casal não seja atendido em um hospital adequado e por médico competente?

Não nos parece que a resposta a essa questão deva ser consensual. Todas as opiniões devem ser respeitadas. Parece-nos indiscutível, entretanto, que o pluralismo deva ser respeitado e que os pacientes tenham direito ao livre arbítrio. Haverá certamente entre os médicos aqueles que, por motivos diversos, inclusive religiosos, consideram ser impossível atuar em uma interrupção de gravidez; alegando objeção de consciência. Entretanto, existirão outros que assumirão esses casos dentro da mais elevada ética médica. É fundamental fornecer ao casal ou à gestante todas as informações que dizem respeito à patologia fetal diagnosticada. Evolução, reabilitação, perspectivas para a vida adulta e complicações nas diversas etapas da vida fazem parte de um aconselhamento genético competente.

Uma decisão por parte do casal depende de informação adequada. Para citarmos um exemplo corriqueiro, raramente vimos um casal ser informado que 50% das crianças com Síndrome de *Down* desenvolvem moléstia de Alzheimer na terceira década de vida¹³⁹.

Abordaremos agora em uma questão mais delicada e que diz respeito à manutenção da vida. É inquestionável que o DPN de anomalias fetais representa um progresso considerável. Adquirimos uma série impressionante de técnicas nos últimos anos: em 1974, a ultrassonografia; em 1976, a fetoscopia; em 1978, as primeiras coletas de sangue fetal e, com elas, o diagnóstico das hemoglobinopatias; em 1980, as embrioscopias; em 1982, a cordocentese; em 1983 e 1984, a amostra de vilos coriais.

Ao pensarmos ter chegado à maturidade, descobrimos que podíamos incorporar a moderna biologia molecular à medicina fetal e, utilizando PCR, pudemos realizar, nos anos 1990, diagnósticos precisos de infecção fetal e outras moléstias. As novas gerações de

137. O autor não indicou a fonte da informação.

138. O autor não indicou a fonte da informação.

139. O autor não indicou a fonte da informação.

equipamento ecográfico vêm se sucedendo na década de 1990 e no ano 2000, oferecendo cada vez maior precisão diagnóstica das moléstias fetais.

O feto passou, de fato, a ser um paciente, que tem direito não apenas à vida, mas a uma excelente qualidade de vida. Parece-nos oportuno iniciarmos uma discussão nesse sentido. Um recém-nascido com anencefalia, retardo mental por erro inato de metabolismo ou por cromossomo X frágil está vivo eventualmente, mas qual será sua sobrevivência e qualidade de vida, especialmente em um país com as condições do nosso?

Não podemos deixar de considerar outro aspecto ético importante. Tomando como exemplo as mulheres grávidas com mais de 40 anos, apenas 6% dos exames de DPN executados nessas gestantes irá diagnosticar um feto anormal. Isso significa que a imensa maioria dos exames realizados em gestantes de risco genético conhecido revela fetos normais, e as gestações prosseguirão sem problemas.

O DPN é, portanto, altamente tranquilizador na maioria dos casos e ainda tem o mérito de preservar muitas gestações que talvez não fossem à frente se o casal não dispusesse de meios seguros de avaliação da saúde fetal.

A imensa maioria dos diagnósticos realizados em medicina fetal é baseada em certezas, e não em probabilidades. A margem de erro com a qual se trabalha nessa área, contando evidentemente com profissionais habilitados, é mínima. Esse dado deve ser um fator de tranquilidade para os pacientes, para o legislador e para a sociedade.

É interessante observarmos a lei francesa de 1975¹⁴⁰ relativa à interrupção da gravidez por anomalia fetal: a gravidez pode ser interrompida em qualquer período da gestação quando há uma forte probabilidade de a criança que irá nascer ser portadora de uma afecção grave, reconhecida como incurável no momento do diagnóstico. É interessante atentarmos para o cuidado do legislador francês que prevê uma evolução da ciência, mas não trabalha com feitos científicos ainda não alcançados. Dizemos isso ao analisarmos a questão 'incurável no momento do diagnóstico'. É óbvio que muitas doenças consideradas incuráveis, hoje, poderão ter cura em 10 ou 20 anos, mas isso não resolve o problema dos nossos consulentes agora.

No entanto, essas questões todas levam a discussões cada vez mais interessantes e aprofundadas. No Comitê Gestor de Políticas de Inclusão das Pessoas com Deficiência (CGPD), em 1985, Bernardette Modell¹⁴¹ perguntava: "Tem a mãe o direito de levar em frente uma gestação com uma criança gravemente afetada, quando isso representa uma carga financeira e social imensa para toda a sociedade? Pode uma mãe recusar um tratamento intraútero para uma moléstia fetal curável?"

Podemos ver que as reflexões não se esgotam, nem é nossa pretensão responder a todas as possíveis questões éticas nelas envolvidas. Pensamos, porém, ser importante mantermos um debate esclarecedor sobre o assunto. A ética não está, como se tem dito, atrasada em relação à ciência, mas os cientistas, nessa fase histórica de avanços contínuos, tentam praticá-la dentro de um contexto no qual as leis ainda não foram estabelecidas.

140. O autor não indicou a fonte da informação.

141. O autor não indicou a fonte da informação.

Esse é o ambiente conflituoso em que convivem hoje ética, ciência e lei. Ele estará sempre em ebulição.

I – A ANENCEFALIA

A anencefalia (palavra grega; *an* = sem + *enkephalos* = encéfalo) é resultado da falha de fechamento do tubo neural entre o 23º e o 26º dia de gestação, incapacitando o conceito para a vida extrauterina¹⁴². Há interação entre fatores genéticos e ambientais em muitos casos. Estudos clínicos e epidemiológicos sugerem que agentes teratogênicos, fatores maternos, anomalias cromossômicas e mutações gênicas são causa de anencefalia.

As malformações congênitas do sistema nervoso central (SNC) são muito comuns, sendo os defeitos de fechamento do tubo neural responsáveis pela maioria dessas anomalias. Essas malformações congênitas mostram grande variação na incidência em relação à área geográfica, à população estudada, à idade materna, à ordem de paridade e à exposição materna a agentes teratogênicos durante o primeiro trimestre da gestação¹⁴³. Nos EUA, a incidência de anencefalia é 1:1.000 nascimentos. Na Irlanda e no País de Gales, 5-7:1.000 nascimentos. Na França e no Japão, 0,1-0,6:1.000 nascimentos. No Brasil, 1:1.600¹⁴⁴.

I.1 – Etiologia da anencefalia

A maioria dos casos de anencefalia é do sexo feminino e de etiologia multifatorial, decorrente da interação entre fatores genéticos e ambientais. Nesses casos, o risco de recorrência é maior quando mais de um membro da família é afetado e/ou o afetado é do sexo menos suscetível. Estima-se a recorrência de 3% a 5% a cada nova gravidez. Após duas crianças serem afetadas, o risco de recorrência aumenta para 10-15%. Esse risco é maior quando um dos progenitores é portador de espinha bífida¹⁴⁵. Outros casos podem ser decorrentes de alterações cromossômicas ou doenças monogênicas autossômica recessiva e ligada ao 'X'¹⁴⁶.

Os fatores ambientais envolvidos estão relacionados com a exposição materna no primeiro trimestre de gestação a produtos químicos (solventes orgânicos etc.), irradiações, ruptura da membrana amniótica (brida amniótica), hipertermia materna, diabetes materno, deficiência materna de ácido fólico, alcoolismo, tabagismo, fármacos – como antidepressivos tricíclicos, antiácidos, antidiarreicos, corticosteroides, analgésicos, antieméticos, antibióticos, antiparasitários e antigripais¹⁴⁷.

142. Hunter AGW., Brain and spinal cord. In: Stevenson RE, Hall JG, Goodman RM. editors. Human Malformations and Related Anomalies. New York: Oxford University Press; 1983. p. 109-137.

143. Mutchinick O, Orozco E, Lisker R, Babinsky V, Núñez C, Carnevale A. Factores de riesgo asociados a los defectos de cierre del tubo neural: exposición durante el primer trimestre de la gestación. Gac Med Mex. 1990;126(3):227-234.

144. Gorlin RJ, Cohen Jr. MM, Hennekam RCM. Anencephaly. In: Síndromes of the Head and Neck, 4th ed. Oxford: Oxford University Press; 2001. p. 704-707; Ogata AJN, Camano L, Brunoni D. Perinatal factors associated with neural tube defects (anencephaly, spina bífida and encephalocèle). Rev Paul Med. 1992;110(4):147-151; Rotta NT, Vecino MCA, Mello LL, Kersten RN, Silva JVB., Malformações congênitas do sistema nervoso central: incidência de cinco anos no Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Rev. HCPA. 1989;9(1):10-14.

145. Gorlin RJ, Cohen Jr. MM, Hennekam RCM. Anencephaly. In: Síndromes of the Head and Neck, 4th ed. Oxford: Oxford University Press; 2001. p. 704-707; Hunter AGW., Brain and spinal cord. In: Stevenson RE, Hall JG, Goodman RM. editors. Human Malformations and Related Anomalies. New York: Oxford University Press; 1983. p. 109-137.

146. Gorlin RJ, Cohen Jr. MM, Hennekam RCM. Anencephaly. In: Síndromes of the Head and Neck, 4th ed. Oxford: Oxford University Press; 2001. p. 704-707.

147. Sandford MK, Kissling GE, Joubert PE. Neural tube defect etiology: new evidence concerning maternal hyperthermia, health and diet. Dev Med Child Neurol. 1992;34(8):661-675.

A incidência de malformações do concepto em mães diabéticas é de 6 a 16 vezes maior do que na população geral. O nível de hemoglobina glicosilada maior do que 8,5% antes ou durante o período conceptual está relacionado com a incidência de malformações congênitas graves como anencefalia. A normalização dos níveis de glicemia em gestantes com diabetes mellitus, antes e durante a gravidez, reduz a incidência dessas anomalias¹⁴⁸.

Há maior incidência de anencéfalos em mães muito jovens, de idade avançada e com história de abortamento espontâneo anterior. Alguns estudos demonstraram que a incidência de anencefalia em gêmeos é maior do que em gestações únicas. Entre os gêmeos, a concordância é baixa (3,7%), e a frequência é maior em gêmeos monozigóticos do que nos dizigóticos¹⁴⁹. Pela anomalia do cerebelo, não há controle de temperatura corpórea e da frequência respiratória, o que torna impossível a sobrevivência dessas crianças¹⁵⁰.

Em associação com a anencefalia, podemos encontrar outras malformações do SNC (espinha bífida, raquisquise, melosquise) ou de outros órgãos do trato gastrointestinal, coração e rins¹⁵¹.

J – ÁCIDO FÓLICO COMO CAUSA DOS DEFEITOS NO TUBO NEURONAL (DTN)

As evidências acumulativas têm demonstrado que o *status* do folato materno está associado com o aumento da incidência dos Defeitos no Tubo Neuronal (DTN). A redução dos níveis poderá aumentar como consequência de deficiência na dieta, defeito genético no metabolismo do folato ou ambos.

Smithells et al.¹⁵² demonstraram que o nível sanguíneo de inúmeros micronutrientes se encontram reduzidos nas mulheres de classes sociais mais baixas, especialmente se elas tiveram uma criança com DTN. Dados do MRC (*Vitamin Study Research Group*) indicam presença de baixos níveis de folato em glóbulos vermelhos maternos nas gravidezes afetadas. O folato de glóbulos vermelhos é considerado o índice mais seguro para observar a deficiência de ácido fólico e o melhor indicador para armazenamento de folato no organismo, isso porque flutua menos do que o folato sérico em resposta às mudanças drásticas da dieta.

Daly et al.¹⁵³ demonstraram que há uma relação linear inversa entre o risco para DTN e plasma/folato de glóbulos vermelhos, quando o folato é representado graficamente numa escala logarítmica. Nos valores menores do que 150µg/L, o risco de DTN é 6,6/1.000 em nascimentos vivos se comparado com os níveis do folato do glóbulo vermelho, que são maiores do que 400µg/L.

148. Miller DL, Najarian DR, Folse JR, Martin NC. A mutation in the tRNA^{asp} gene from yeast mitochondria. Effects on RNA and protein synthesis. *J Biol Chem* 256(19):9774-7.

149. Mutchinick O, Orozco E, Lisker R, Babinsky V, Núñez C. Factores de riesgo asociados a los defectos de cierre del tubo neural: exposición durante el primer trimestre de la gestación. *Gac. Med. Mex.*, 1990.

150. Hunter AGW, Brain and spinal cord. In: Stevenson RE, Hall JG, Goodman RM. editors. *Human Malformations and Related Anomalies*. New York: Oxford University Press; 1983. p. 109-137.

151. Gorlin RJ, Cohen Jr. MM, Hennekam RCM. Anencephaly. In: *Síndromes of the Head and Neck*, 4th ed. Oxford: Oxford University Press; 2001. p. 704-707.

152. Smithells RW, Ankers C, Carver ME, Lennon D, Schorah CJ, Sheppard S. Maternal nutrition in early pregnancy. *Br J Nutr.* 1977;38(3):497-506.

153. Daly S. et al. Low-dose folic acid lowers plasma homocysteine levels in women of child-bearing age. *Q J Med.* 2002;95(11):733-740.

Em 1965, foi realizado em Liverpool (Inglaterra) um estudo que sugeriu a possível relação entre malformação fetal e defeito no metabolismo do folato na mãe. Teste positivo de formiminoglutamato (FIGLU) em uma gestação afetada por DTN sugeriu absorção deficiente, ou, preferivelmente, um metabolismo e, vez de um influxo deficiente de folato.

Inúmeros estudos têm demonstrado um papel protetor no influxo periconcepcional de ácido fólico, reduzindo ambas ocorrência e recorrência do DTN.

Goldenbergh et al.¹⁵⁴ demonstraram que o ácido fólico melhora o resultado da gestação não somente reduzindo o DTN, como também reduzindo o retardo do crescimento e o aumento do peso ao nascimento. O ácido fólico também previne o parto de pré-termos, ruptura e infartos da placenta.

Theunissen e cols.¹⁵⁵ demonstraram níveis elevados de folato em fluídos amnióticos seguidos de suplementos orais.

Nos anos 1980, Smithells e cols. concluíram que a entrada de multivitamínicos periconcepcionais de multivitaminas continham ácido fólico e reduziam o risco de haver DTN em gestações afetadas previamente.

Essas observações foram reforçadas num estudo realizado em 1992 na Hungria, que concluiu que os suplementos vitamínicos continham 400-800µg de ácido fólico dados numa base diária, reduzindo o índice de DTN. Outro experimento patrocinado pelo *British Medical Research Council*¹⁵⁶ (1991) concluiu que 4000µg de folato administrado durante a dieta preveniu 72% das recorrências de DTN.

TENTATIVAS DE PREVENÇÃO DA ANENCEFALIA

Após considerável evidência de que o ácido fólico reduz a incidência da DTN, a maior parte dos países tomou como conduta o melhoramento do *status* do folato de mulheres de grupos de idade reprodutiva.

As recomendações também levaram ao uso de suplementos que fortificassem os alimentos. Em 1992, a *US Public Health Services*¹⁵⁷ recomendou que todas as mulheres capazes de ficar grávidas deveriam consumir 400µg de ácido fólico ao longo da idade gestacional para reduzir o risco de ter uma gravidez afetada por DTN.

Semelhantemente, linhas de conduta foram propostas em outros países, como Reino Unido, Austrália, Países Baixos e Alemanha. A *Society of Obstetrics and Gynecology of Canadá Expert Advisory Group on Folic Acid*¹⁵⁸ para prevenir a DTN recomendou para todas as mulheres grávidas o consumo de 400µg de ácido fólico para prevenir a primeira

154. Goldenberg RL, Tamura T, Neggers Y, Copper RL, Johnston KE, Dubard MB, et al. The effect of zinc supplementation on pregnancy outcome. *JAMA*. 1995;274(6):463-468.

155. Steegers-Theunissen RPM, Boers GHJ, Trijbels FJ, Fenkelstein JD, Blom HJ, Thomas CM, et al. Maternal hyperhomocysteinemia: A risk factor for neural tube defects. *Metabolism*. 1994;43(12):1475-80.

156. MRC Vitamin Study Research Group. Prevention of neural tube defects: Results of the Medical Research Council Vita-min Study. *Lancet*. 1991;338(8760):131-7.

157. U. S. Public Health Service: Recommendations for the use of folic acid to reduce the number of cases of spina bifida and other tube defects. *MMWR Recomm Rep*. 1992;41(RR-14):1-7.

158. Wilson RD, Johnson JA, Wyatt P, Allen V, Gagnon A, Langlois S et al. Genetics Committee of the Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada and The Motherisk Program. Pre-conceptional vitamin/folic acid supplementation 2007: the use of folic

ocorrência, iniciando-se antes da concepção e continuando até o fim de 12 semanas de gestação. Uma dose diária de 4000µg de ácido fólico foi recomendada, previamente, em gestações afetadas.

DIAGNÓSTICO DA ANENCEFALIA

O reconhecimento de conceito com anencefalia é imediato. O crânio está ausente ou bastante hipoplásico. Não há ossos frontal, parietal e occipital. A face é delimitada pela borda superior das órbitas, que contém globos oculares salientes. A abóboda craniana é substituída por massa mole de coloração violácea e aspecto angiomatoso. O cérebro se encontra exposto, e o tronco cerebral é deformado. Os nervos cranianos são hipoplásicos. A hipófise está ausente ou vestigial, com neuro-hipófise hipoplásica. O hipotálamo está ausente na maioria dos casos, assim como as conexões entre adeno-hipófise e o SNC¹⁵⁹.

Hoje em dia, o DPN dos casos de anencefalia se tornou simples. Não é necessária a realização de exames invasivos, apesar dos níveis de alfafetoproteína aumentados no líquido amniótico obtido por amniocentese ser método de diagnóstico¹⁶⁰.

Pode ser realizado o perfil bioquímico pelo estudo do estriol não conjugado, da beta-HGC e da alfafetoproteína do sangue materno no período de 16-20 semanas de gestação para a realização da triagem dos casos de anencefalia. Os níveis de alfafetoproteína no soro materno ou no líquido amniótico não são específicos dos casos de anencefalia, pois são encontrados em outras condições, como gravidez gemelar, contaminação com sangue fetal, onfalocele, gastrosquise, defeitos 'abertos' não neurais, teratocarcinomas, Síndrome de Turner, morte fetal com maceração, obstrução intestinal, lesão cerebral grave, hepatomas e nefrose congênita, incompatibilidade RH, hipertensão, pré-eclampsia, sofrimento fetal¹⁶¹. A confirmação diagnóstica é realizada pelo ultrassom, em que não é visualizado o contorno ósseo da calota craniana do conceito. Atualmente, esse diagnóstico pode ser realizado a partir de 12 semanas de gestação¹⁶².

Outras anomalias podem ser diagnosticadas pelo ultrassom, como o polidrâmnio. Estudos mostraram que a incidência de polidrâmnio na anencefalia é de cerca de 54%. O líquido amniótico é, em parte, deglutido pelo conceito, assim, em consequência da perda de controle nervoso da deglutição, surge o polidrâmnio¹⁶³.

A avaliação da vitalidade fetal feita pela cardiotocografia anteparto de repouso na gestação de anencéfalos registra valores reduzidos de frequência cardíaca basal (<120bpm), variabilidade da linha de base (<9 bpm) a ausência de acelerações transitórias. Ao toque

acid in combination with a multivitamin supplement for the prevention of neural tube defects and other congenital anomalies. *J Obstet Gynaecol Can.* 2007;29(12):1003-26.

159. Ogata AJN, Camano L, Brunoni D. Perinatal factors associated with neural tube defects (anencephaly, spina bifida and encephalocele). *Rev Paul Med.* 1992;110(4):147-151.

160. Cohen R, Zapata L. Diagnóstico prenatal de las malformaciones del sistema nervioso central por ultrasonido. *Rev Obstet Ginecol Venezuela.* 1985;45:131-141.

161. Kosciak KL, Canterino JC, Harrigan JT, Dalaya T, Ananth CV, Vintzileos AM. Assessing genetic risk: Comparison between the referring obstetrician and genetic counselor. *Am J Obstet Gynecol* [internet]. 2001 [acesso em 2019 set];185(5):1032-4. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0002937801913183>; e, Smith DG, Wigton RS. Chapter 13 Research in Medical Ethics: The Role of Social Judgment Theory. *Adv Psychol* [internet]. 1988 [acesso em 2019 ago];54:427-442. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0166411508621810>.

162. Brundage SC. Preconception health care. *Am Fam Physician.* 2002;65(12):2507-2514.

163. Hunter AGW., Brain and spinal cord. In: Stevenson RE, Hall JG, Goodman RM. editors. *Human Malformations and Related Anomalies.* New York: Oxford University Press; 1983. p. 109-137.

da estimulação sônica, há ausência de resposta (taquicardia e acelerações transitórias), determinadas pelos movimentos fetais estimulados pelo som. Em fetos anencéfalos, pode-se, ao toque, desencadear intensos movimentos fetais¹⁶⁴.

Se o caso for decorrente de herança multifatorial, os anencéfalos sobrevivem, no máximo, 48 horas após o nascimento, mas se a etiologia for brida amniótica, por exemplo, os recém-nascidos podem sobreviver mais de 30 dias devido à ausência de malformação do cerebelo. A morte ocorre devido à infecção pela incapacidade de recobrir a área do cérebro exposta às bactérias do ambiente¹⁶⁵.

SÍNTESE

Em face de tudo o que foi exposto, somos da opinião de que, ao se diagnosticar um feto anencéfalo, deveria ser permitido ao casal decidir, de maneira totalmente informada e livre, sobre a interrupção ou o seguimento da gravidez.

Essa opinião baseia-se nos seguintes fatos: i) não há qualquer possibilidade de sobrevivência prolongada para esse tipo de patologia; ii) a gravidez com anencéfalo traz para a mãe maior probabilidade de doença hipertensiva específica da gravidez e polidrâmnio, além de causar, com grande frequência, um parto distócico pela própria condição de anencefalia; iii) com a metodologia propedêutica mais moderna, o diagnóstico da anencefalia pode ser realizado com total segurança, devendo ser obrigatória, antes da interrupção, uma segunda opinião de um obstetra experimentado; iv) deve ficar claro que a legislação não deverá obrigar o casal a interromper a gravidez, mas apenas permitir que a decisão sobre a interrupção ou não da gravidez seja tomada por eles livremente, após todas as informações específicas do seu caso; v) essas informações devem incluir também a possibilidade de o anencéfalo ser um eventual doador de órgãos. Entretanto, essa doação deveria ser feita de forma a coincidir o parto com a existência de receptores, evitando que se mantivesse essa criança artificialmente viva, de forma prolongada, para a retirada de seus órgãos; vi) já existe uma importante jurisprudência no Brasil nessa área e ampla legislação no exterior, muito antes do início da discussão no nosso país; vii) é evidente que, uma vez tornada lei essa possibilidade de interrupção, os serviços públicos deverão oferecê-la àqueles casais que desejarem, reservada aos médicos a possibilidade de alegarem objeção de consciência, mas cabendo ao serviço a obrigatoriedade do atendimento de acordo com o desejo dos pais e o relatório feito pelos médicos especialistas.

4.5 MORTALIDADE INFANTIL E MATERNA: DIMINUIÇÕES INERCIAIS E CAMINHOS REAIS

São tão precários os dados sobre mortalidade infantil e materna no Brasil que seu 'desvio padrão', considerando diferentes fontes, pode chegar a mais de 50%. Por isso, há alguns anos, houve uma divergência, que ganhou a imprensa, entre Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef) e o Ministério da Saúde: o primeiro afirmando que, de 2007 a 2008, a mortalidade infantil havia crescido, e o Ministério da Saúde informando que

164. Brundage SC. Preconception health care. *Am Fam Physician*. 2002;65(12):2507-2514.

165. Lausterslager PFH. Anencefalia: consideraciones bioéticas y jurídicas. *Acta bioth*. 200;6(2):265-282.

havia baixado¹⁶⁶. No relatório anual do ano 2009, a Unicef afirma que o Brasil pulou para pior, de 107º para 113º lugar, no *ranking* de mortalidade infantil (até 5 anos de idade). O documento foi lançado em Johannesburgo, na África do Sul.

A mesma situação tem ocorrido com a mortalidade materna. Várias tentativas que fizemos na Unicamp e na Secretaria Estadual de Saúde de medi-la com precisão por meio, inclusive, dos comitês de mortalidade materna, resultaram em aumentos próximos de 50%, que identificam a subnotificação. Com dados tão pouco confiáveis, fica difícil uma análise bem-feita. Por outro lado, fica muito fácil a manipulação política desses dados. Não há um governo que, ao seu final, não inclua em suas propagandas políticas a diminuição da mortalidade infantil, mas não conheci qualquer um que avaliasse esse dado com um mínimo de profundidade.

Uma forma adequada de fazê-lo é comparar a mortalidade infantil brasileira (26,6/1000 do IDH de 2008) com a dos demais países da América Latina, com a mesma renda per capita do Brasil, como Chile (8/1000), Argentina (15/1000), Costa Rica (10,5/1000) ou Cuba, que, com renda per capita bem menor, tem uma mortalidade infantil de 6,1/1000¹⁶⁷.

Percebe-se que, apesar de baixar continuamente e no mundo inteiro, ela o faz de forma inercial naqueles países que vão ficando para trás como o nosso, decorrente, muito provavelmente, de fatores fora do sistema de saúde, como saneamento básico, água encanada ou descoberta de antibióticos, vacinas etc. Em vez de propagandearmos sua diminuição, deveríamos nos preocupar com as mantidas diferenças com países do mesmo continente e com a mesma renda per capita. Em estatísticas internacionais recentes, colocamo-nos entre as três mais altas mortalidades da América Latina¹⁶⁸.

A análise desses dados de mortalidade, apesar de sua possível imprecisão, pode e deve ser cuidadosa e inteligentemente realizada. Uma verificação relevante para sua correção reside no estudo de suas causas; e, para fazê-lo, basta comparar os diferentes tipos de mortalidade involucradas dentro da ampla sigla da mortalidade infantil.

Se tomarmos a Região Metropolitana de São Paulo em 2007, em que temos dados razoavelmente confiáveis, vamos verificar que apenas 24% dos 7.786 óbitos ocorreram do 6º dia ao final do 1º ano de vida pelas causas mais frequentemente consideradas (pneumopatias, infecções, diarreias, acidentes e outras menos frequentes), 20% foram devido a malformações congênitas e 56% originários do período neonatal, aí incluídos os primeiros 6 dias de vida e os natimortos¹⁶⁹. Uma conclusão simples e lógica: se quisermos diminuir a mortalidade infantil, temos que trabalhar prioritariamente com a gestante e com a mulher, pois a falta de assistência a elas é responsável por 76% dos óbitos infantis¹⁷⁰.

Uma verificação simples nessa mesma direção é observarmos a relação entre a instalação do Hospital da Mulher da Unicamp e a diminuição expressiva da mortalidade infantil na região e, obviamente, também da mortalidade materna.

166. Unicef, Relatório. Situação Mundial da Infância 2009 [internet]. 2009 [acesso em 2019 set]. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10961/175>.

167. O autor não indicou a fonte da informação.

168. Unicef, Relatório. Situação Mundial da Infância 2009 [internet]. 2009 [acesso em 2019 set]. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10961/175>.

169. O autor não indicou a fonte da informação.

170. O autor não indicou a fonte da informação.

Coincidentemente, as causas desses óbitos infantis são, em sua maioria, as mesmas que provocam as mortes maternas (hemorragia, hipertensão, infecção, aborto ilegal), acrescentando-se a elas a diabete, a desnutrição das mães e algumas iatrogenias, como cesáreas sem indicação e desorganização na escolha da maternidade no momento do parto, peregrinação e demora do atendimento.

Tudo isso se corrige com uma boa assistência à mulher previamente à gravidez, ao pré-natal, ao parto e puerpério, questões relativamente simples e que podem ser obtidas apenas com uma boa gestão. Olhando-se para a criança e cuidando-se de suas principais causas de morte, pode-se também diminuir a mortalidade materna, que é desproporcionalmente alta no nosso país.

Concluiu-se aqui por uma atenção materno-infantil vista pelo lado oposto, pois sempre se priorizou nessa relação crianças saudáveis; e agora, para obtê-las, verifica-se a necessidade de priorizarmos a saúde das mulheres.

Na década de 1980, fui designado pela OMS para assessorar o programa de combate à mortalidade materna em Portugal, que era considerada altíssima (80 por 100 mil nascidos vivos).

A estratégia foi a apontada anteriormente: usamos como instrumento principal os comitês de mortalidade materna, que analisavam cada caso com cuidado, indicavam a falha do sistema em que a morte tinha ocorrido e essa falha era corrigida imediatamente. No fim da década, estávamos com o bom índice de 7/100 mil e a mortalidade infantil também havia caído substancialmente.

No Brasil temos, pelos dados conservadores da Rede Interagencial de Informações para a Saúde (RIPSA) de 2006 (sem incluir as subnotificações que são altas), uma mortalidade materna de 76.1/100 mil, que é hoje 12 vezes maior que a de Portugal (5/100 mil).

A falta de prioridade e eficiência na atenção à Saúde da Mulher, portanto, de modo geral, explica não só a alta mortalidade infantil como também a materna.

Esse deve ser o foco da nossa estratégia para melhorarmos ambas, não nos esquecendo que tanto em um caso como no outro as mortes são apenas a parte visível do iceberg, pois para cada óbito temos centenas de sequelas, nas mães e nos recém-nascidos, que não só pioram sua qualidade de vida, como dão um grande trabalho e despesas ao sistema de saúde.

Uma questão que não pode ser esquecida e afeta a qualidade de vida das mães e dos recém-nascidos são as operações cesarianas desnecessárias. Sabemos que a cesariana é salvadora de vidas quando bem indicada e que acrescenta riscos quando desnecessária. Em todas as estatísticas, o óbito materno é de 2 a 4 vezes maior na cesárea do que no parto normal, e a mortalidade neonatal é também maior nos recém-nascidos provenientes de parto cesárea, especialmente pela prematuridade. No País, chegamos a 50% de partos abdominais, quando a necessidade vai de 25% a 30%. Há hospitais onde a incidência de cesárea ultrapassa 90%¹⁷¹.

171. O autor não indicou a fonte da informação.

Se para o ano de 2009 houve divergência entre a Unicef e o Ministério da Saúde do Brasil, o relatório Situação Mundial da Infância, de 2008, mostra uma redução na mortalidade infantil no Brasil que ainda continua alta. Esse relatório revela ainda os números da exclusão no Brasil: as crianças pobres têm duas vezes mais chances de morrer do que as ricas. A taxa de mortalidade também é maior entre a população indígena (48,5 para cada mil nascidos vivos) e entre filhos de mães negras – 27,9 por mil, 37% acima do registrado entre filhos de mães brancas. Por estados, os maiores índices estão em Alagoas, Maranhão, Pernambuco e Paraíba. A menor taxa de mortalidade é registrada em estados do Sul e do Sudeste: Rio Grande do Sul, São Paulo e Santa Catarina¹⁷².

Esse mesmo relatório aponta que, embora a redução da mortalidade materna faça parte do quinto objetivo de desenvolvimento do milênio, o número cresceu 2,1% no Brasil entre 2000 e 2005, passando de 52,3 mulheres para 53,4 por 100 mil, números esses seguramente subestimados. O maior aumento ocorreu no Centro-Oeste (39,3%), seguido do Nordeste (16,3%) e do Sul (2,1%). Apesar da provável e significativa subnotificação, percebe-se uma preocupante tendência ao aumento¹⁷³.

A OMS considera a morte materna uma epidemia silenciosa, que assume valores inaceitáveis. No mundo, morrem anualmente 500 mil mulheres ao ano na faixa etária de 10 a 49 anos. Isso significa mais de 1.410 mortes maternas por dia. Elas acontecem, em 99% dos casos, em países em desenvolvimento que não cuidam da saúde. Suas causas são conhecidas e evitáveis. É uma tragédia desnecessária que pode e deve ser evitada¹⁷⁴.

172. Unicef, Relatório. Situação Mundial da Infância 2009 [internet]. 2009 [acesso em 2019 set]. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10961/175>.

173. Unicef, Relatório. Situação Mundial da Infância 2009 [internet]. 2009 [acesso em 2019 set]. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10961/175>.

174. O autor não indicou a fonte da informação.

CAPÍTULO 5

5. APARELHO DE SAÚDE/MEDICAMENTOS

A questão fundamental da saúde brasileira não é a de recursos financeiros, tampouco a de equipamentos, mas, sim, a de gestão e de recursos humanos.

Recursos e aparelhos de saúde, em geral, são suficientes, porém mal distribuídos, subutilizados, com acesso burocratizado, adquiridos com recursos públicos, atendem ao setor privado e, o pior é que, mesmo com todas essas informações disponíveis, os governos continuam a adquirir equipamentos e construir unidades de saúde sem se preocupar com a boa gestão e utilização do que já existe.

O assunto específico dos medicamentos é ainda mais grave, pois, na realidade, existe aí uma antipolítica, agravada a partir de 1996, com a malfadada lei de patentes¹, que acabou com a indústria farmacêutica nacional, gerando desemprego, dependência e aumentando o preço dos medicamentos.

Esses fatos redundaram em um processo de judicialização crescente, que sobrecarrega o Judiciário, é lesivo ao governo e mostra, também, a insatisfação do usuário.

5.1 APARELHOS DE SAÚDE, INSUMOS E MEDICAMENTOS – A HISTÓRIA DOS GENÉRICOS E DA LEI DAS PATENTES

5.1.1 EQUIPAMENTOS

A Pesquisa de Assistência Médico-Sanitária (AMS) do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) registrou, em 2005, um universo de 83.379 estabelecimentos de saúde, sendo 3.606 desativados, 2.769 extintos e 77.004 em atividade ou em atividade parcial².

O conjunto dos estabelecimentos em atividade ou em atividade parcial é composto por 75.517 estabelecimentos únicos e por 1.487 estabelecimentos com terceirização em suas dependências. Além desses, foram pesquisados 2.973 estabelecimentos que são terceirizados e que funcionam no interior dos estabelecimentos com terceirização. Em todas as regiões, o número de terceirizações cresceu, sendo maior esse crescimento nas regiões Nordeste (87,0%) e Centro-Oeste (53,0%) e menos intenso nas regiões Sudeste (33,0%), Norte (28,9%) e Sul (8,8%). A participação dos estabelecimentos com terceirização é mais significativa nas regiões Sudeste (2,6%), Sul (2,1%) e Centro-Oeste (2,1%), e em torno de 1% nas regiões Norte e Nordeste³.

1. Brasil. Lei nº 9.279, de 14 de maio de 1996. Regula direitos e obrigações relativos à propriedade industrial. Brasília: DF. Diário Oficial da União [internet]. 1996 [acesso em 2019 set]; Seção 1 - 15/5/1996, Página 8353. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L9279.htm.

2. Brasil. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Departamento de População e Indicadores Sociais. Coordenação de População e Indicadores Sociais. Estatísticas de saúde: assistência médico-sanitária 2005 [internet]. Rio de Janeiro; 2006 [acesso em 2019 set]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaoodevida/ams/2005/ams2005.pdf>.

3. Brasil. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Departamento de População e Indicadores Sociais. Coordenação de População e Indicadores Sociais. Estatísticas de saúde: assistência médico-sanitária 2005 [internet]. Rio de Janeiro; 2006 [acesso em 2013 abr 20]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaoodevida/ams/2005/ams2005.pdf>.

Em relação à AMS de 2002, quando foram contabilizados 65.343 estabelecimentos em atividade ou em atividade parcial, foi computado um aumento relativo de 17,8% no número de estabelecimentos no período de três anos entre as duas pesquisas, correspondendo a uma taxa anual de crescimento de cerca de 5,6%⁴.

Os setores público e privado tiveram comportamentos diferenciados por região. O setor público obteve maior crescimento nas regiões Norte (2,7% ao ano), Nordeste (7% ao ano) e Sudeste (5,8% ao ano), enquanto o setor privado obteve maior crescimento nas regiões Sul (5% ao ano) e Centro-Oeste (15,2% ao ano). Os estabelecimentos de saúde sem internação representam cerca de 72% do total de pesquisados e, no período compreendido entre 2002 e 2005, tiveram um aumento de 19,2%^{1,2}.

Confirmando a tendência observada nas pesquisas anteriores, os estabelecimentos com internação apontaram para uma queda da oferta, especificamente no setor privado e um discreto crescimento no setor público, comportamento esse refletido em todas as regiões. Em decorrência disso, o leito público apresentou um ligeiro aumento de oferta, embora inferior ao crescimento populacional, e o leito privado, uma queda a uma taxa anual de 3,2%, entre 2002 e 2005^{1,2}.

Os estabelecimentos que realizam exclusivamente Serviços de Apoio à Diagnose e Terapia (SADT) foram incluídos na pesquisa AMS de modo regular a partir de 2002. Em 2005, esses estabelecimentos puderam ser mais bem avaliados quanto à participação no total deles, visto que o universo da pesquisa foi o mesmo da pesquisa anterior. Foram entrevistados 14.521 estabelecimentos de SADT, correspondendo a um aumento de 63,7% no setor público e de 23,7% no setor privado, se comparados aos dados da AMS 2002. Do ponto de vista das grandes regiões, o comportamento foi semelhante, e as taxas de crescimento anuais do setor público (17,9%) foram superiores às do setor privado (7,4%). Os SADT aumentaram o percentual de contribuição no total de estabelecimentos entre 2002 e 2005, passando de 17,6% para 18,9%^{1,2}.

Apesar do crescimento nítido do número de unidades de saúde, o número de leitos vem diminuindo.

Quanto aos equipamentos, o que se nota são os inadequados critérios de compra e a falta de uma política correta de localização e manutenção. Os números são reveladores.

A oferta de equipamentos de tecnologia mais avançada, como os mamógrafos, tomógrafos e ultrassom, cresceu em todas as regiões do País. Especialmente nas regiões Norte e Nordeste, onde a oferta de equipamentos é menor, o número de mamógrafos por 100 mil habitantes teve um crescimento anual, em relação a 2002, de 12,8% e 9,5% respectivamente, valores estes superiores à média nacional de crescimento, que foi de 7,3%. Ao analisar a distribuição por 100 mil habitantes desses mesmos equipamentos selecionados, verifica-se que as regiões Norte e Nordeste apresentam índices inferiores à média do Brasil, estando a região Sudeste acima e as regiões Sul e Centro-Oeste próximas da média nacional. Os desníveis entre as regiões diminuem ligeiramente em 2002 e 2005, apresentando as

4. Brasil. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Departamento de População e Indicadores Sociais. Estatísticas de saúde: assistência médico-sanitária 2002 [internet]. Rio de Janeiro; 2002 [acesso em 2013 abr 20]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaodevida/ams/ams2002.pdf>.

regiões Centro-Oeste e Norte um crescimento maior que as demais regiões para a maioria dos equipamentos analisados^{1,2}.

A Portaria do Gabinete do Ministro da Saúde de nº 1.101/GM⁵, do Ministério da Saúde, sugere um mamógrafo para cada 240 mil habitantes (o que equivale a 0,4 por 100 mil habitantes). Esse equipamento apresentou índice de 1,8 por 100 mil habitantes no total Brasil, variando de 0,9, na região Norte, a 2,2, na região Sudeste, portanto superior ao sugerido na portaria. Apesar disso, a própria Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), em 2003, identificou que 49,7% das mulheres brasileiras com mais de 50 anos de idade jamais fizeram sequer uma mamografia⁶.

Os tomógrafos computadorizados, que possuem índices sugeridos pelo Ministério da Saúde de um para cada 100 mil habitantes, apresentaram para o Brasil o índice de 1,1 por 100 mil habitantes, variando de 0,5, na região Norte a 1,4, na região Sudeste⁴.

Os aparelhos de ultrassom apresentaram na região Nordeste um aumento de 19,5% quanto à oferta por 100 mil habitantes. Para o Brasil, a média foi de 7,7 aparelhos de ultrassom por 100 mil habitantes. No Nordeste, esse indicador foi de 6,7 por 100 mil habitantes⁴.

Quanto aos equipamentos de hemodiálise, somente 9,8% pertencem ao setor público, cabendo ao setor privado, financiado pelo SUS, a parcela de 82,5% desses equipamentos. Os estabelecimentos com internação possuem 52,1% desses equipamentos, sendo a oferta no setor privado 2,6 vezes maior do que no setor público. Isso porque esse procedimento é um dos poucos lucrativos na tabela SUS.

Para os equipamentos de hemodiálise, a taxa foi de 7,9 equipamentos por 100 mil habitantes, porém, a região Norte, onde esse indicador é de 3,1 por 100 mil habitantes, apresentou uma taxa de crescimento anual de 9,0% no período entre 2002 e 2005. O maior aumento, no entanto, foi na região Centro-Oeste, onde o indicador ficou em 8,3 por 100 mil habitantes^{1,2}.

Segundo o Ministério da Saúde, o parâmetro para cálculo da necessidade de máquinas para diálise, variando segundo o tipo de máquina e turnos de funcionamento, é entre 1 ou 2 equipamentos por 30 mil habitantes, o que significaria entre 3,3 e 6,7 por 100 mil habitantes. Esse indicador, segundo os dados da pesquisa, apresenta valores de 10,1, na região Sul; 9,5, na região Sudeste; e 8,3, na região Centro-Oeste, valores esses superiores ao preconizado, estando a média nacional em 7,9.

Por outro lado, os aparelhos de Raios X simples apresentaram queda na oferta de 1,8% ao ano, em relação a 2002, em todas as regiões, sendo maior na região Sudeste: 2,8%. Esses equipamentos são os que apresentam as maiores concentrações por 100 mil habitantes em todas as regiões, registrando um índice para o País de 8,9 em 2005 e de 9,4 em 2002. O Ministério da Saúde sugere como parâmetro 4 aparelhos por 100 mil habitantes. A região Norte, com 5,8 aparelhos de Raios X por 100 mil habitantes, é a região que apresenta o menor indicador.

5. A portaria mencionada foi revogada pela Portaria GM nº 1.631, de 1º de outubro de 2015, que aprova critérios e parâmetros para o planejamento e programação de ações e serviços de saúde no âmbito do SUS.

6. Brasil. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD 2003). Rio de Janeiro: IBGE; 2003.

O setor público detém apenas 29,4% dos equipamentos de Raios X, e a oferta desses equipamentos em estabelecimentos sem internação é pequena, pois somente 4,6% deles possuem tais equipamentos, tornando baixa sua resolutividade e aumentando a demanda reprimida dos hospitais. O número de equipamentos de Raios X simples por estabelecimento com internação é de 1,4 nos estabelecimentos públicos e de 1,7 nos privados.

Um percentual elevado desses equipamentos de SADT se encontra fora de uso e muitos outros ainda estão encaixotados, após terem sido comprados e pagos há tempo razoável. Daqueles que estão instalados, é difícil encontrar algum que esteja em uso pleno de sua capacidade⁷.

É absolutamente necessário, portanto, implantar uma política de equipamentos médicos de acordo com o critério de tecnologia apropriada e manutenção adequada. Existem vários exemplos no Brasil onde isso aconteceu: um deles na Unicamp, onde, por meio de um Centro de Engenharia Biomédica, formam-se técnicos que, em alguns pontos do estado, contribuem consideravelmente não só para distribuição dos equipamentos, como também para manutenção e na própria compra.

Há que se evitar contínua e insistentemente que equipamentos sejam dados como prêmios políticos para quem não necessita da sua utilização.

Como é possível verificar, temos no País unidades de saúde e equipamentos em número acima do que o Ministério da Saúde recomenda e, em geral, um pouco acima das próprias recomendações da OMS. Nem por isso são bons nossos índices de cobertura e de saúde.

Esse é um fato relevante, pois, quando faltam exames, a solução que se dá é adquirir equipamentos sem verificar o que acontece com o que já estão instalados. O exemplo típico é a mamografia: usa-se 25% da capacidade instalada e continua-se a querer resolver o problema comprando mais mamógrafos. Isso tudo demonstra, mais uma vez, que a saúde precisa de um choque gestacional moderno, sério e eficiente.

5.2 MEDICAMENTOS

A questão dos remédios é mais complexa e emergencial. O medicamento, quando necessário, é parte complementar e indispensável do ato médico. Pouco adianta fazer um bom diagnóstico se o paciente não pode adquirir a medicação que necessita para se curar.

Com os preços praticados hoje e a sistemática de distribuição na área pública, mais de 50% das pessoas que dele necessitam não podem adquiri-lo, e 70% dos idosos que vivem à custa do seu uso contínuo (hipertensão, diabetes, cardiopatias, neoplasias etc.) têm que escolher entre pagar o aluguel ou a comida ou o medicamento. É a 'escolha de Sofia'⁸ em idades mais avançadas. Essa é mais uma das perversidades entre as tantas que compõem o caos no sistema de saúde brasileiro.

7. O autor não indicou a fonte da informação.

8. "A escolha de Sofia" é uma expressão que invoca a imposição de se tomar uma decisão difícil sob pressão e enorme sacrifício pessoal, como a vista no filme homônimo, de 1982.

Há alguns anos, o Governo Federal implantou a ‘Farmácia Popular’⁹ dentro das farmácias e subsidiou o custo de um bom número de medicamentos. É um programa bom que precisa ser aprimorado e expandido. Vários estados, especialmente São Paulo, têm seus programas nessa direção, com bons resultados.

Conjuntamente, o preço abusivo decorre da própria política econômica injusta, em que os governos não têm praticado qualquer ação de controle de preços¹⁰. Chega-se ao absurdo de os medicamentos serem significativamente mais caros no mercado nacional do que na Europa ou nos EUA (situação inaceitável, porque sabemos que as indústrias, em geral, são as mesmas e a mão de obra aqui é mais barata).

Entretanto, o problema não se restringe a isso, e uma análise mais completa, com raízes e perspectivas na política de saúde, precisa ser ao menos esboçada.

Historicamente, um fortíssimo monopólio internacional da produção e da informação técnica, relativas aos produtos de utilização mais corrente, lidera tanto a comercialização de medicamentos – que se dá a partir de mecanismos econômicos – como certos aspectos da prática médica e até a própria indústria farmacêutica. Isso decorre basicamente da falta total de uma proposta clara para a área, que acaba, entre outras distorções, liberando o excessivo e voraz apetite das indústrias e do comércio de remédios.

A prática nesse setor tem sido sempre equivocada e distorcida. A Central de Medicamentos (Ceme), que deveria implementar essa política, não o fez, dedicando a sua ‘competência’ para a compra e a distribuição, que nada têm a ver com a sua função e com as necessidades do País¹¹.

O processo de independência no setor, iniciado nos anos 1960 por meio da síntese dos agentes ativos para a indústria nacional, não teve sequência e não conseguiu vencer o *lobby* das multinacionais que operam nessa área, em que existem recursos da ordem de US\$ 6 bilhões anuais sendo gastos¹². Não podemos nos esquecer que o Brasil é o sétimo mercado farmacêutico mundial, portanto, um importante ‘filão’¹³.

Em função disso, coloca-se a questão dos genéricos e das patentes, que têm ocupado um espaço privilegiado tanto na imprensa como nas próprias ações do Ministério da Saúde.

9. Para saber mais, acesse o sítio do Ministério da Saúde utilizando descritores ‘Farmácia Popular’ e ‘assistência farmacêutica’. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/acoes-e-programas/farmacia-popular>. Acesso em: set 2019.

10. A Câmara de Regulação do Mercado de Medicamentos (CMED) é o órgão interministerial responsável pela regulação econômica do mercado de medicamentos no Brasil, sendo que a Anvisa exerce o papel de Secretaria-Executiva da Câmara. Tem competência para estabelecer limites para preços de medicamentos, adota regras que estimulam a concorrência no setor, monitora a comercialização e aplica penalidades quando suas regras são descumpridas. É responsável também pela fixação e monitoramento da aplicação do desconto mínimo obrigatório para compras públicas. Disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br/cmmed>. Acesso em: set 2019.

11. Para saber mais sobre a Ceme, sugere-se a leitura: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/polit_fed_assist_farm.pdf. Acesso em: set 2019.

12. O autor não indicou a fonte da informação.

13. Segundo a Interfarma, em 2022, o Brasil será o 5º mercado mundial em consumo de medicamentos. Disponível em: https://www.interfarma.org.br/guia/guia-2018/dados_do_setor#mercado_farmaceutico_mundial. Acesso em: set 2019.

Sobre os genéricos:

Como deputado federal, lutei para 'desengavetar' a Lei dos Genéricos, que é uma proposta de 1991 'esquecida' no Congresso¹⁴. O presidente Itamar Franco tentou implantá-la por decreto, mas não o deixaram. Conseguimos, em 1998, votá-la e aprová-la em caráter de urgência. O governo demorou mais dois anos para implementá-la e o fez graças à competência do então ministro José Serra. Entre a proposta de lei e a sua implementação, passaram-se mais de dez anos. Nesse período, a indústria farmacêutica internacional se preparou para ter lucro com os genéricos, vendendo remédios para o que chamam de 'rica massa pobre'. Mesmo agora, o número de genéricos colocados à disposição ainda é inferior ao desejado e o preço superior ao possível, pois são medicamentos já colocados no mercado há muito tempo, que não têm custos de pesquisa ou promoção.

Sobre as patentes:

Quando a lei foi votada, no hotel onde eu morava, em Brasília, hospedavam-se americanos que tinham a Constituição Brasileira traduzida para o inglês e circulavam livremente pelo Legislativo e Executivo de Brasília, interessadíssimos nas patentes.

Nessa ocasião, liderei um grupo de deputados que fez acordo com a presidência da Câmara e a bancada governista no sentido de aprovar a Lei das Patentes com três salvaguardas: i) a primeira, fabricação local, ou seja, reconhecer patentes somente dos remédios fabricados aqui, proporcionando ao País empregos e desenvolvimento científico e tecnológico; ii) a segunda, dar um prazo de cinco anos para que a indústria brasileira pudesse se adaptar à competitividade internacional; e, iii) por último, liberação dos laboratórios oficiais para que pudessem continuar a fabricar remédios a baixo custo e oferecê-los gratuitamente à população carente por meio do sistema público de saúde, o que seria um passo além do genérico.

Essas salvaguardas, com exceção da última, eram apoiadas pela Organização Mundial do Comércio (OMC) e pela rodada do Acordo Geral de Tarifas e Comércio (GATT) no Uruguai. Portanto, legais do ponto de vista internacional e baseadas em medidas já tomadas em outros países. Algumas horas antes de ser votado o projeto, fui chamado à Câmara Federal pelo seu então presidente, que cerimoniosamente me informou sobre a decisão do governo e da base governista de votar a lei sem as salvaguardas. Obviamente, não aceitei; fui à tribuna, votei contra, mas pouco adiantou, pois, a base governista "passou de trator". Os americanos do meu hotel festejaram, pois os interesses de seu país haviam predominado.

No dia seguinte, o presidente Clinton anunciou a criação de 60 mil novos empregos nos Estados Unidos, como consequência da aprovação sem salvaguardas da Lei das Patentes no Brasil.

14. Brasil. Lei n.º 9.787, de 10 de fevereiro de 1999. Altera a Lei nº 6.360, de 23 de setembro de 1976, que dispõe sobre a vigilância sanitária, estabelece o medicamento genérico, dispõe sobre a utilização de nomes genéricos em produtos farmacêuticos e dá outras providências. Brasília: DF. Diário Oficial da União [Internet]. 1999 [acesso em 2019 set]. Seção 1 - 11/2/1999. Página 1 Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L9787.htm.

A seguir, os governos que se sucederam, a conta-gotas, ameaçam quebrar a patente de um remédio aqui e de outro lá sem uma política de medicamentos. O fato relevante é que praticamente toda a indústria farmacêutica abandonou o Brasil, dando mão-de-obra e lucro nos seus países de origem, mandando para cá o produto acabado.

Tínhamos 50 indústrias farmacêuticas, hoje temos menos de 20. A lei das patentes contribuiu para o desemprego, atraso tecnológico e aumento de preços dos remédios. O governo cedeu no atacado para depois ser obrigado a brigar no varejo.

Algumas reflexões teóricas conceituais e legais devem ser colocadas nessa discussão, pois o governo brasileiro aceitou muito docilmente a adjetivação de ‘pirataria’ ao fato de não termos até essa data (1996) uma lei de patentes que foi aprovada sem sequer discutir os limites estabelecidos pelo sistema de patentes, entre o que se entende por ‘invenção’ e ‘descoberta’, que estabelece só ser passível de patente a invenção. Esse critério legal claramente afasta a possibilidade de patentear os conhecimentos tradicionais sobre a biodiversidade, que são, nessa perspectiva, compreendidos como ‘descobertas’.

Como tentamos também mostrar, porém, esses mesmos conhecimentos – que são capazes de produzir soluções práticas para inúmeros problemas e necessidades humanas contemporâneas – são apropriados de forma geralmente não ética (por meio, aí sim de ‘pirataria’) pelas instituições de pesquisa do mundo capitalista ocidental e pela indústria.

Sintetizados os princípios ativos, que foram acessados em decorrência dos conhecimentos tradicionais a eles associados, o sistema de patentes encarrega-se, então, de produzir essa espécie de metamorfose para considerá-la ‘invenção’, conferindo, portanto, a esses agentes os direitos que são negados aos detentores dos conhecimentos tradicionais.

É preciso também enfatizar a percepção da fluidez, da falta de limites precisos, contidas no sistema de patentes no que se refere à delimitação do que é ‘invenção’ e ‘descoberta’. Essa fluidez permite inúmeras situações em que o que deveria ser compreendido como ‘descoberta’ (como são tratados os conhecimentos tradicionais) possa converter-se em ‘invenção’ (e, portanto, passível de patente), de acordo com o protagonista da demanda de registro e, obviamente, de sua *performance* dentro do sistema econômico dominante.

Um bom número de novas drogas antineoplásicas patenteadas pela indústria farmacêutica internacional vêm sendo descobertas de plantas medicinais da Amazônia, trabalhadas pelos indígenas e seus pajés há vários séculos, que ingenuamente passaram suas receitas tradicionais, quando solicitadas.

Sem procurar apresentar soluções práticas para esse problema extremamente complexo, que requer, antes de tudo, a participação ativa dos próprios povos tradicionais, é possível afirmar que esse tipo de solução em vigor no sistema atual de patentes não encontra o assentimento de todos os possíveis atingidos, como afirma Habermas. Alguns passos importantes, a despeito de todos esses problemas decorrentes do sistema de patentes, estão sendo dados em direção à constituição de um sistema de “direitos recíprocos necessários à constituição de uma convivência legítima” no qual os “sujeitos de direito sejam compreendidos, ao mesmo tempo, como destinatários e autores da ordem jurídica”¹⁵.

15. Habermas J. Direito e Democracia: entre faticidade e validade. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro; 1997.

Nesse sentido, devem ser lembradas as importantes conquistas recentes que resultaram nas seguintes convenções: 'Convenção da Biodiversidade', de 1992¹⁶; 'Convenção para Salvaguarda do Patrimônio Cultural Imaterial', de 2003¹⁷; e 'Convenção sobre a Proteção e Promoção da Diversidade das Expressões Culturais', de 2005¹⁸ (as duas últimas adotadas pela Unesco). Além disso, a própria ONU adotou, em 13 de setembro de 2007, a Declaração dos Direitos dos Povos Autóctones¹⁹.

Esse instrumento estabelece uma nova ética segundo a qual o regime democrático, na hora atual, impõe o dever de o Estado assimilar as reivindicações indígenas e respeitar todos os seus direitos consagrados na Declaração e nos demais instrumentos nacionais e internacionais existentes.

Em síntese, a questão complexa e relevante dos medicamentos demanda uma política correta, e os seus balizamentos são os seguintes: i) o ato médico deve ser seguido da prescrição considerada necessária. Se um cidadão não tem condições de comprar, cabe ao Estado fornecer o medicamento. Para que isso ocorra, os laboratórios oficiais devem ser prestigiados e poderiam estar produzindo 80% dos medicamentos necessários para a população atendida pelo sistema público de saúde, que poderiam ser fornecidos gratuitamente; e ii) é necessário incentivar a síntese dos agentes ativos e a indústria farmoquímica e farmacêutica devem estar instaladas no País para gerar empregos, promover e incorporar o desenvolvimento científico e tecnológico. A lei das patentes precisa ser rediscutida, revista e só aprovada quando objetivasse os verdadeiros interesses nacionais e com as salvaguardas necessárias. É perfeitamente possível reformá-la. Existem projetos nesse sentido no Congresso Nacional; obviamente os interesses econômicos em não os fazer são fortes e precisam ser vencidos.

5.2.1 JUDICIALIZAÇÃO E DISPENSAÇÃO DE MEDICAMENTOS

Trata-se de assunto complexo, que vem se agravando por falta de boas soluções. Toca no direito de todos de terem acesso integral à saúde, incluindo medicamentos (art. 196 da Constituição), com a interpretação normativa favorável do CFM, mas esbarra na falta de definição de critérios terapêuticos atualizados periodicamente e está inserido em um mercado difícil e altamente lucrativo, que é o dos medicamentos. Os custos do Governo Federal com esse tipo de demanda judicial crescem ano a ano e atingiram, em 2008, a casa dos R\$ 52 milhões²⁰.

As secretarias de Saúde e Segurança Pública do estado de São Paulo, por meio de uma ação policial, verificaram fraude em um significativo número de pedidos judiciais de medicação, diminuindo dessa forma suas despesas com o processo²¹.

16. A Convenção da Diversidade Biológica foi estabelecida durante a ECO-92, constituindo-se como o principal fórum mundial para questões relacionadas com o tema.

17. A Convenção para a Salvaguarda do Patrimônio Cultural Imaterial, realizada em Paris, em 17 de outubro de 2003, reafirmou a importância do patrimônio cultural imaterial como fonte de diversidade cultural e garantia de desenvolvimento sustentável.

18. A Convenção sobre a Proteção e Promoção da Diversidade das Expressões Culturais realizada em 2005, objetivou o fomento do diálogo entre culturas, para assegurar intercâmbios culturais em favor do respeito intercultural e da cultura de paz.

19. A Declaração das Nações Unidas sobre os Direitos dos Povos Indígenas reconhece o direito de diferença entre os povos, a considerar-se a si mesmos diferentes e a serem respeitados como tais.

20. O autor não indicou a fonte da informação.

21. O autor não indicou a fonte da informação, entretanto, considerado o lapso temporal de escrita do livro, pode estar se referindo à 'Operação Garra Rufa', conforme informações disponibilizadas pelo Governo do Estado de São Paulo. [internet]. [acesso em 2019]

A questão, além da sua complexidade, tem um histórico legal de legislação no nosso país, que criou situação degradante na política de medicamentos. O Congresso aprovou a Lei das Patentes²², para a qual sequer conseguimos seguir as recomendações da OMC e da Rodada do Gatt²³, no Uruguai.

O mercado brasileiro de medicamentos é exuberante, e hoje movimenta aproximadamente US\$ 28 bilhões anualmente²⁴. Os medicamentos de alto custo coincidem com aqueles que detêm por 20 anos proteção patentária (o que é um exagero) pela nossa legislação. Dados da OMS mostram que os países desenvolvidos gastam com medicamentos de 7% a 30% de seus recursos de saúde, enquanto os em desenvolvimento, de 24% a 66%, e que apenas 50%²⁵ destes últimos utilizam medicações com critérios adequados.

Há medicamentos de alto custo para várias circunstâncias (insuficiência renal crônica, osteoporose, problemas de crescimento, doença de *Alzheimer*, doença de *Parkinson*, doença de *Gaucher*, imunossupressores para pacientes transplantados, Aids, câncer, hepatites). Eles são eficientes quando bem indicados, muito caros e nem sempre constam da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (Rename) ou no rol que a ANS normatiza para os planos de saúde, que demandam muito tempo para incluir medicamentos novos, fazendo com que seus usuários recorram, com muita frequência, ao sistema público de saúde. Esses medicamentos acabam sendo cada vez mais judicializados.

Em um ponto da dispensação, o governo começou errando, criando 170 farmácias populares, número que é uma gota d'água em um oceano de necessidades.

Depois de algumas críticas construtivas, porém, entre elas um artigo de nossa autoria – Farmácia (im)popular (Folha de S. Paulo, 06 de setembro de 2004)²⁶ – penetrou no caminho certo, usando uma parte das quase 54 mil farmácias já existentes no País e a dispensação gratuita nos centros de saúde, que são mais de 60 mil, subutilizados no Brasil.

A proximidade nos centros de saúde ou nos ambulatórios hospitalares entre o médico que prescreve e a farmácia dispensadora, ambos sob a mesma direção, pode harmonizar uma ação com a outra, tornando possível a dispensação correta, otimizada com menor custo e menos insatisfação.

Esse procedimento ocorreu, durante a década de 1990, no HPB, em São Paulo. Todas as mulheres que frequentavam seus ambulatórios recebiam na farmácia do hospital, gratuitamente, os remédios prescritos com as explicações necessárias.

set 04]. Disponível em: <http://www.saopaulo.sp.gov.br/ultimas-noticias/policia-prende-quadrilha-que-fraudou-r-63-milhoes-do-estado/>

22. Brasil. Lei nº 9.279, de 14 de maio de 1996. Regula direitos e obrigações relativos à propriedade industrial. Brasília: DF. Diário Oficial da União [internet]. 1996 [acesso em 2019 set]; Seção 1 - 15/5/1996, Página 8353. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L9279.htm.

23. O Acordo Geral de Tarifas e Comércio (*General Agreement on Tariffs and Trade*, ou *GATT*) se refere a acordos de comércio internacional destinados a promover a redução de obstáculos às trocas entre as nações, em particular as tarifas e taxas aduaneiras entre os signatários.

24. O autor não indicou a fonte da informação.

25. O autor não indicou a fonte da informação.

26. Pinotti JA. Farmácia (im)popular. Folha de São Paulo [internet]. São Paulo. 06 de setembro de 2004 [acesso em 2019 set]. Opinião – Tendências e Debates. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/osp/opiniao/f30609200409.htm>.

Não me recordo de qualquer queixa judicial que tenha ocorrido durante os dez anos em que atendíamos cerca de 2 mil pacientes por dia.

As farmácias comerciais também poderiam ser utilizadas para esse tipo de dispensação gratuita e até para outras ações de saúde, se as transformássemos em braços descentralizados do sistema de saúde, em que o farmacêutico estivesse presente e atuante, com orientação na dispensação dos medicamentos, acompanhamento de tratamentos e com alguma delegação para a realização de procedimentos mais simples, na prevenção e detecção de doenças.

Outra questão que também pode estar influenciando não só no Brasil, mas no mundo, é o grande poder que as indústrias farmacêuticas internacionais têm tido sobre o receituário médico e sobre o resultado de pesquisas de novas drogas. É preciso analisar esse ponto com cuidado, pois, por outro lado, essas pesquisas têm levado também a grandes benefícios. Em certas circunstâncias, entretanto, alguns profissionais e pesquisadores têm-se tornado verdadeiros propagandistas de produtos farmacêuticos, influenciados de diferentes formas.

Um bom exemplo é a questão da reposição hormonal para mulheres, que durante mais de uma década foi considerada quase uma panaceia, até que duas pesquisas que não aceitaram qualquer contribuição de indústria farmacêutica, a *Woman's Health Initiative (WHI)*²⁷, nos EUA, e a *One Million Women Study*²⁸, no Reino Unido, colocaram a questão nos eixos, mostrando, além dos benefícios, os riscos, especialmente para câncer de mama e doenças cardiovasculares, limitando o tempo, a dose e as indicações de uso dessas drogas.

Esse é um fato que, desprovido de normas e leis que sejam cumpridas, pode gerar graves problemas, mas, se convenientemente controlado, pode nos oferecer bons benefícios.

Isso mostra que a questão da judicialização está imersa em uma série de desacertos que necessitam de correções de diferentes ordens, mas não se pode buscar solução em uma longa e interminável lista de ações. Aqui, procuro apontar aquelas que, a meu juízo, são as fundamentais: i) aproveitar os protocolos de tratamentos²⁹ elaborados pelas diferentes sociedades de especialidades da AMB e renovados a cada dois ou três anos. Se esses guias fossem usados pelos planos de saúde e pelo SUS, não só os pacientes seriam mais bem cuidados como também teriam que recorrer menos ao Poder Judiciário. A AMB, estou certo, estaria à disposição para essa tarefa; ii) poder-se-ia também solicitar às diferentes sociedades ligadas à AMB que mantivessem comissões permanentes para oferecer respostas rápidas aos juízes que tivessem que julgar aquisições de medicamentos pelo SUS³⁰; iii) adoção da Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos (CBHPM) pelos planos de saúde. A AMB e o CFM elaboraram com cuidado essa listagem, que é muito mais completa e atualizada que o rol que a ANS oferece aos planos para facilitar seus lucros, e que evitaria, sem dúvida, pedidos ao SUS e recursos judiciais; iv) controlar melhor o receituário e a propaganda feita por médicos, especialmente os mais ilustres. Nesse sentido, o CFM tem

27. O Women's Health Initiative (WHI) promove estudos sobre a prevenção das principais causas de morte, incapacidade e fragilidade em mulheres, especificamente doenças cardíacas, câncer e fraturas osteoporóticas, prevalentes após a quinta década de vida.

28. O Million Women Study promove estudos prospectivos que associam o risco de câncer de mama associado ao uso de diferentes tipos de terapia hormonal na menopausa, além de temas relacionados ao adoecimento de mulheres idosas.

29. Sobre Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT), Diretrizes Diagnósticas e Terapêuticas (DDT), Protocolos de Uso, Diretrizes Nacionais / Brasileiras e Linhas de Cuidado, sugere-se a leitura: Disponível em: <http://www.saude.gov.br/protocolos-e-diretrizes>. Acesso em: set 2019.

30. Atualmente, o SUS conta com Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde (Conitec). Disponível em <http://conitec.gov.br/>. Acesso em: set 2019.

trabalhado bem e editado normas de conduta ética, que nem sempre são seguidas por serem discretas e não terem força legal; v) em médio prazo, rever a lei das patentes, pois a autossuficiência brasileira na pesquisa e fabricação de medicamentos e equipamentos é vital para a diminuição de preços e segurança do País; vi) certamente, a dispensação de medicamentos feita harmonicamente nos ambulatórios dos hospitais especializados diminuiria as dúvidas sobre prescrições e a própria judicialização da matéria.

Como se pode perceber, a solução para a complexa questão da judicialização de medicamentos torna-se uma discussão necessária e útil para o enfrentamento de diferentes problemas graves que envolvem a saúde brasileira e que permite deduzir, mais uma vez, e só por esse ângulo, que as soluções passam muito mais por gestão do que por mais recursos.

5.2.2 DISPENSAÇÃO DE MEDICAMENTOS

A preocupação com o acesso à medicação é legítima e atende necessidade premente, pois a maioria dos usuários do setor público não tem condição de adquirir os remédios prescritos.

Entretanto, mais uma vez, o governo cometeu erro de estratégia, criando, com a 'Farmácia Popular', uma estrutura insuficiente, com despesas consideráveis, tentando duplicar o que já existe e está disponível em mais de 60 mil centros de saúde e nas 53,9 mil farmácias distribuídas pelo País. Felizmente, logo após, criou-se a Farmácia Popular dentro de uma boa porcentagem de farmácias, o que foi um programa acertado e bem-sucedido, pois foi implementado por meio de estrutura já existente, com economia de gastos e possibilidade de universalização, o que não ocorria nesse pequeno universo de 170 farmácias, uma gota d' água no oceano de necessidade do Brasil³¹.

Normalmente, a opção política é construir, inaugurar, deixar marca física e fazer tantas pirotecnias quanto possível. Com penduricalhos como esse, tem-se deixado de fazer o que é essencial para a implementação de uma política de medicamentos correta e sustentável.

Perdeu-se, na década de 1980, a oportunidade de independência em sais básicos, abordando o Projeto da Companhia de Desenvolvimento Tecnológico (Codetec)³², da Unicamp. Perdeu-se, na década de 1990, a oportunidade de introduzir salvaguardas vitais na lei das patentes. As indústrias farmoquímicas brasileiras fecharam: tínhamos mais de cem, temos hoje menos de 50; e a Índia, de quem compramos agentes ativos, tem mais de mil³³.

Hoje, ao lado de uma estratégia correta de distribuição e dispensação, deveríamos estar trabalhando em duas outras direções: i) incentivo à produção interna de sais básicos e à indústria farmoquímica nacional para baratear efetivamente os medicamentos no Brasil; ii) término da ociosidade e ampliação das plantas dos laboratórios oficiais para o atendimento gratuito de toda a necessidade da rede pública de saúde, o que seria um passo além dos acertados genéricos, que, comprovadamente, não atendem à população mais carente.

31. Sobre o Programa Farmácia Popular do Brasil, consulte: <http://www.saude.gov.br/acoes-e-programas/farmacia-popular>. Acesso em: set 2019.

32. Sobre a Companhia de Desenvolvimento Tecnológico (Codetec), sugere-se: Leite RCC. CODETEC – Companhia de Desenvolvimento Tecnológico. Revista Brasileira De Inovação [internet]. 2008 [acesso em 2019 set];7(2):483-489. Disponível em: <https://doi.org/10.20396/rbi.v7i2.8648972>.

33. O autor não indicou a fonte das informações

A Fiocruz deu um passo nessa direção. Precisamos urgentemente de uma política nacional de medicamentos à altura das necessidades e do interesse do povo brasileiro. Uma política que, além de oferecer acesso a todos, gere novos empregos e desenvolvimento científico e tecnológico.

5.3 TECNOLOGIA APROPRIADA EM SAÚDE

Tornou-se verdade aceita que as más condições de saúde dos países em desenvolvimento, o Brasil inclusive, são resultado, em primeiro lugar, da precária situação econômica de sua população; segundo, das distorções e deficiência de seus serviços de saúde e, terceiro, dos limitados recursos em geral destinados ao setor.

De fato, esses são fatores importantes, mas não os principais. A predominância do atendimento hospitalar sobre o ambulatorial, do curativo sobre o preventivo, do complexo sobre o simples, do caro sobre o barato, enfim, toda a absurda irracionalidade do Sistema, leva a crer que o problema central está, antes, na distribuição inadequada dos gastos e, portanto, na malversação dos recursos disponíveis em vários setores, particularmente em tecnologia.

Tem favorecido o agravamento dessa situação a crença de que a melhora de nossos serviços médicos depende da imitação pura e simples dos modelos dos países desenvolvidos. Essa crença tem levado muitas nações do Terceiro Mundo, e o Brasil em particular, a investir maciçamente na compra de tecnologias complexas, na equivocada suposição de que, *per sí*, tais equipamentos irão melhorar as condições de saúde do povo.

Felizmente, nos últimos anos, tal crença vem sofrendo seguidos abalos no seu confronto com a realidade prática dos países em desenvolvimento. Os países do Terceiro Mundo têm sido surpreendidos pelo fato de que, apesar do crescente custo desses equipamentos, suas condições de saúde não vêm melhorando e a equidade da cobertura de atendimento continua insatisfatória. E, o que é pior, tais equipamentos não só não resolveram os problemas pela base, como também, muitas vezes, agravaram as distorções já existentes, agonizadas pela má distribuição dos poucos recursos disponíveis.

Todavia, não se pode dizer que a incorporação de tecnologias avançadas traga exclusivamente consequências negativas. Inúmeras delas realmente trouxeram um avanço significativo nos serviços de saúde dos países em desenvolvimento. É o caso das tecnologias apropriadas a condições e problemas específicos, como a vacinação, a terapia de reidratação oral, os testes de Papanicolaou e a detecção precoce de fatores de risco que são, afinal, tecnologias simples e procedimentos baratos.

As tecnologias mais caras e sofisticadas, às vezes, também contribuem, mas de maneira diferente. Sabe-se que, por meio da descoberta de um novo conhecimento clínico, recursos já existentes podem ser usados de forma inovadora, enquanto procedimentos novos e mais baratos podem ser desenvolvidos a partir daí.

Um bom exemplo é o fornecido pela monitoração fetal, que detecta o sofrimento fetal precocemente por meio de mudanças específicas no ritmo cardíaco, logo após as contrações uterinas. Com esse conceito uma vez estabelecido, observou-se que o mesmo

fenômeno pode ser detectado sem equipamentos caros e complexos. Nesse caso, a maior contribuição da tecnologia foi o conhecimento que ela apresentou, e não o monitor em si.

Esquece-se frequentemente que os problemas de saúde têm um claro paralelismo com o nível de desenvolvimento e que a sua abordagem nos países subdesenvolvidos não será a mesma do Primeiro Mundo. Nesses, as prioridades de saúde estão condicionadas por variáveis próprias de seu desenvolvimento, concentrando-se em fatores como a alta proporção de idosos, excessos alimentares, baixa fecundidade, contaminação industrial etc. Conseqüentemente, seus principais problemas de saúde derivam de doenças cardiovasculares, transtornos metabólicos, obesidade, doenças degenerativas, entre outras.

Na maioria dos países do Terceiro Mundo, ao contrário, as prioridades deveriam ser definidas em função da insuficiente produção e distribuição de alimentos, da alta proporção de jovens, da alta fecundidade, da transição demográfica que se opera, alterando totalmente as relações em futuro próximo. Além disso, derivam das más condições de saneamento, da falta de cobertura contra doenças preveníveis e da falta de detecção precoce para doenças controláveis, inclusive aquelas do Primeiro Mundo.

Chega-se, assim, aos principais problemas: desnutrição, baixo peso ao nascer, doenças infecciosas e endêmicas, entre outras, agravadas pelas doenças de Primeiro Mundo. A incidência desses fatores, diga-se de passagem, já quase desapareceu nos países desenvolvidos.

Em 1960, as doenças infecciosas eram responsáveis por cerca de 1,3% do total de mortes nos EUA e no Canadá; nesse mesmo ano, causavam 13% dos óbitos no México, 19%, na Nicarágua e 29%, na Guatemala. Na Costa do Marfim, em 1973, 31% das mortes de crianças de 1 a 4 anos eram provocadas pelo sarampo; 29%, pela desnutrição e anemia e 14%, por diarreia, doenças que praticamente já não matam nos países desenvolvidos³⁴.

Concentram-se igualmente nos países do Terceiro Mundo todos os 250 milhões de infectados com esquistossomose, para dar um único exemplo de parasitose endêmica. A mortalidade infantil, que nos países desenvolvidos flutua entre 8 e 15 por mil, alcança nos países em desenvolvimento índices de 3 a 10 vezes superiores; e a mortalidade por câncer de colo uterino, que chega a ser desprezível no Primeiro Mundo, é, em geral, a primeira causa de morte por câncer em mulheres nos países em desenvolvimento.

Isso claramente leva a crer que, se as causas de morte não são as mesmas, os métodos para combatê-las também devem ser diferentes, considerando-se países com níveis distintos de desenvolvimento.

Entretanto, continua sendo uma peculiaridade dos países desenvolvidos encorajar o uso de novas técnicas, sem levar em conta se são ou não adequadas para as nações em desenvolvimento. Essas transferências, por consequência, nunca são feitas de maneira racional.

A introdução no Brasil dos tomógrafos computadorizados, por exemplo, é ilustrativa. A importação desses sofisticados equipamentos, a um custo de US\$ 0,7 a 1,5 milhão a unidade, atingiu um ritmo alucinante na segunda metade da década de 1970, chegando

34. O autor não indicou a fonte da informação.

ao ápice em 1980, quando, em média, três tomógrafos estavam sendo instalados a cada dois meses. Essa onda só diminuiu com o agravamento da crise econômica³⁵.

O problema maior, contudo, não são os grandes investimentos iniciais. Na verdade, os custos de operação e manutenção de equipamentos complexos são pelo menos equivalentes, quando não o dobro, de seu custo de aquisição.

Como os países em desenvolvimento não consideram essa regra básica no momento da compra, os resultados são geralmente desastrosos. Estima-se, por exemplo, que cerca de um terço dos equipamentos de Raios X da América Latina esteja parado por falta de manutenção e reparo. Depende-se umbilicalmente das multinacionais do setor até para reposição das peças.

É claro que custos astronômicos só podem ser pagos mediante a utilização plena dos equipamentos, em pleno funcionamento. Nesse caso, quem comprou se vê na insólita situação de estender a sua utilização muito além das necessidades reais.

O resultado é o surpreendente encarecimento dos serviços de saúde, onerando o paciente ou o seguro social do governo, em geral, não para enriquecer médicos e hospitais, mas para financiar nos custos da saúde o uso excessivo das tecnologias complexas que também, não raramente, aumentam os riscos de saúde, quando indicados erradamente.

O dramático é que nem mesmo o treinamento médico tem sido capaz de resistir ao avanço da tecnologia moderna. Na verdade, essa atração nova e extravagante tem começado nas próprias escolas de medicina, onde procedimentos simples e mais adequados são desprezados ou considerados sem valor para pesquisas futuras, enquanto diagnósticos e terapêuticas complexas, internacionalmente usados, são tidos como a única solução. A partir disso, os médicos ficam sujeitos a um quase intransigente uso da tecnologia que os formou.

O treinamento técnico, nesses casos, é quase sempre inadequado. Como geralmente a aquisição de equipamentos caros não fica limitada aos centros universitários mais avançados, é frequente que a falta de experiência na interpretação desses dados leve a um aumento significativo de cirurgias desnecessárias.

Cirurgias para remover cistos de ovário, por exemplo, detectados somente pela ecografia, são, não raro, indicadas sem maiores investigações. Também um considerável número de cesarianas é feito em decorrência da má interpretação de monitores eletrônicos, frequentemente capazes de diagnosticar um falso *fetal distress*³⁶ sem que o médico perceba a falha.

A tecnologia, como instrumento de saúde ou de bem-estar do homem, não pode, em si, ser considerada boa ou má. Seu conceito depende da maneira como é usada. Entre nós, a transferência de tecnologia em "caixas pretas" tem apenas reforçado distorções históricas e desperdiçado recursos já escassos, trazendo frequentemente malefícios ao lado de alguns benefícios menos perceptíveis.

Trata-se de analisar, inicialmente, por que essa tecnologia tem sido mal-empregada. Primeiramente, deve-se não esquecer que equipamentos e material de custeio em saúde

35. O autor não indicou a fonte da informação.

36. Frequência cardíaca anormal no feto.

são geralmente oferecidos por empresas, cuja meta é o lucro, destituídas, portanto, de maiores considerações éticas ou sociais no campo da saúde. Evidentemente, seus investimentos e esforços se concentram, em geral, onde é mais alta a perspectiva de lucro. O segundo aspecto, não menos importante, encontra-se na própria organização do sistema de prestação de serviços de saúde. Normalmente, a conta não é paga pelo paciente, mas por uma firma de seguros ou pelo governo, quando pelo SUS.

Em face disso, tanto pacientes como médicos permanecem indiferentes quanto à escalada dos custos, especialmente quando hospitais e médicos ganham mais com o aumento da utilização de tecnologias complexas, que, paradoxalmente, são muito mais bem pagas pelo SUS do que os procedimentos mais simples. Essas tabelas precisam ser rápida e completamente revistas.

Análises de custo são raramente feitas, e alternativas mais baratas não são investigadas sistematicamente. Em vez de buscar um sistema cooperativo e hierarquizado das instituições, abre-se espaço para rivalidades em que, frequentemente, cada instituição tenta ser mais sofisticada que a outra.

Para reverter o impacto negativo da tecnologia e para obter todas as vantagens de sua utilização, o Brasil e os países em desenvolvimento devem rever, com urgência, o conceito dos serviços de saúde e estabelecer um firme controle sobre o processo de transferência tecnológica. Se isso for feito rapidamente, ainda será possível mudar o curso da situação, tornando eficiente um investimento dispendioso para o sistema, capaz de prover bons cuidados médicos a um custo razoável. Isso é básico no conceito de tecnologia apropriada.

Seria impróprio concluir esta análise sem apresentar algumas propostas concretas de aplicação possível no Brasil e em dezenas de países em condições semelhantes.

Quanto à multiplicidade de equipamentos caros e de alta tecnologia já instalados, deve-se: i) regulamentar, mediante o trabalho de uma comissão de *experts*, as circunstâncias em que seu uso deve ser indicado; ii) situar as tecnologias ao grau de complexidade a que pertencem e ordenar o fluxo de pacientes a partir de uma porta de entrada na atenção primária, evitando a abordagem direta do nível terciário e da tecnologia complexa; iii) desenvolver a capacidade nacional de manutenção preventiva e corretiva dos equipamentos, expandindo e multiplicando os polos já existentes; iv) criar mecanismos para a importação direta de peças de reposição para os equipamentos existentes e, quando possível, sua fabricação nacional; v) criar protocolos de detecção, diagnóstico e terapêutica para as principais patologias, a fim de guiar o uso de tecnologias mais complexas; vi) influir na distribuição desses equipamentos de alta tecnologia, com pleno conhecimento de sua necessidade, por número de habitantes.

Para prevenir problemas futuros, trata-se definitivamente de restringir novas importações de tecnologias complexas, pelo menos até que exista um sistema de saúde organizado, em que poderá aplicar as recomendações acima e que, conhecendo seus objetivos, possa filtrar adequadamente suas necessidades e a forma de satisfazê-las.

Um bom e atual exemplo de tudo o que está aqui apresentado é a questão da mamografia e do câncer mamário. Existem mamógrafos mais que suficientes na rede pública

para cobrir toda a população exposta a risco. Entretanto, cobre-se menos do que 20%, e a mortalidade continua aumentando.

Neste ano³⁷, 1 milhão de mulheres terão câncer de mama no mundo. Contrariamente ao conceito predominante, de que câncer de mama é doença dos países e das mulheres ricas, mais da metade desses tumores ocorrerão nos países em desenvolvimento, onde não só a incidência como a mortalidade crescem mais do que nos desenvolvidos. No Brasil, em 20 anos, dobrou o número de casos novos por ano e o número de mortes. Neste ano, ultrapassaremos 50 mil mulheres e 10 mil mortes.

Quando diagnosticamos tumores menores que 1 cm, e isso é perfeitamente possível, usando-se a mamografia, curamos 90% dos casos e conservamos a mama em cerca de 100%. Graças à técnica do gânglio sentinela, preservamos a axila na maior parte dos casos; e, com a colaboração dos cirurgiões plásticos, muitas mulheres saem do centro cirúrgico com a mama esteticamente melhor do que entraram. Quando o diagnóstico é precoce, o tratamento custa quatro vezes menos do que nos casos avançados.

Parte desses tumores (6%) são genéticos, e temos formas de preveni-los parcialmente por meio de medicações ou cirurgias. Conhecemos os fatores de risco dos outros 94%, quase todos decorrentes de hábitos de vida.

Alguns deles podem ser modificados, como a idade da primeira gravidez, número de partos, lactação no peito, número de ciclos menstruais, obesidade e uso de hormônios, que deixou de ser uma panaceia na menopausa para se tornar um tratamento útil, desde que com a droga certa, em dose mínima e por tempo limitado.

Por que então, com tudo isso, a mortalidade continua aumentando? Começa pela burocracia para fazer a mamografia. A paciente deve ir ao centro de saúde para marcar uma consulta (poucos centros de saúde têm ginecologistas, que estão com agendamento lotado); quando ela consegue a autorização, o exame, o resultado e o retorno ao ginecologista demoram. Se tiver algum problema, novos e múltiplos exames; novas e múltiplas esperas. Qual a mulher que, trabalhando fora e com filhos, consegue vencer essas barreiras, que, de formas diferentes, acontecem também em bom número de planos de saúde? Tudo isso deveria ser desnecessário, pois, para fazer uma mamografia, basta ter mais de 40 anos, e isso é lei³⁸. Pesquisa da PNAD mostra que 49,7% das mulheres com mais de 50 anos sequer fizeram uma mamografia³⁹. É óbvio que, se quisermos fazer diagnóstico precoce, a mamografia deve ser feita a partir dos 40 anos (não dos 50), e é evidente que a capacidade instalada dos mamógrafos é de 40 mamografias/dia (não 16, como orienta o Instituto Nacional de Câncer – Inca). Com seu uso adequado, poderíamos cobrir todas as mulheres que precisam, sem comprar sequer um mamógrafo a mais. Em vez disso, continua-se comprando mamógrafos e deixando-os na ociosidade.

37. O autor não indicou a fonte da informação.

38. Brasil. Lei nº 11.664, de 29 de abril de 2008. Dispõe sobre a efetivação de ações de saúde que assegurem a prevenção, a detecção, o tratamento e o seguimento dos cânceres do colo uterino e de mama, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS. Brasília: DF. Diário Oficial da União [internet]. 2008 [acesso em 2019 set]; Seção 1 - 30/4/2008, Página 1. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2008/Lei/L11664.htm.

39. Brasil. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD 2003). Rio de Janeiro: IBGE; 2003.

Falta também educação para saúde e controle por parte da sociedade, pois na mesma pesquisa da PNAD, 67% das mulheres não sabiam que a mamografia era o método correto de detecção⁴⁰, até porque instituições e o próprio Ministério da Saúde ensinaram e propagaram a autopalpação, sem dizer que ela pode ser acrescentada à mamografia, mas nunca substituí-la.

Finalmente, a terapêutica oferecida na maioria dos convênios e em alguns hospitais públicos é precária, negando às mulheres a prática de reconstrução⁴¹, a técnica do linfonodo sentinela, os remédios necessários e a terapêutica em centros de referência com médicos especializados.

40. Brasil. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD 2003). Rio de Janeiro: IBGE; 2003.

41. Brasil. Lei no 10.223, de 15 de maio de 2001. Altera a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, para dispor sobre a obrigatoriedade de cirurgia plástica reparadora de mama por planos e seguros privados de assistência à saúde nos casos de mutilação decorrente de tratamento de câncer. Brasília: DF. Diário Oficial da União [internet]. 2001 [acesso em 2019 set]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/LEIS_2001/L10223.htm.

CAPÍTULO 6

6. O RISCO DE FAZER: ENTRE GOETHE E O POLÍTICAMENTE CORRETO

Sempre fiz Política de Saúde, procurando resultados e obtendo-os, como mostram os diferentes capítulos deste livro.

Sempre olhei com cuidado o lado ético e, especialmente, moral das ações que pratiquei, e não tenho qualquer dúvida nesse sentido, mas nunca pensei – e até ingenuamente – que fosse tão perigoso fazê-lo e tão lesivo e aborrecido ter que responder a processos absurdos, alguns montados, de extorsão, sem qualquer culpa ou mesmo acusações consistentes.

Este capítulo apresenta um relato de todos eles, os quais, apesar de terem me trazido muitos aborrecimentos, orgulho-me muito pelos resultados obtidos.

O objetivo de diminuir as diferenças sociais, que são a marca pior do nosso país, só poderá ser conseguido se tivermos políticas públicas eficientes, honestas, competentes e que ofereçam oportunidades aos trabalhadores brasileiros e às suas famílias de obterem a sua efetiva cidadania.

Um país desenvolvido é aquele que oferece a toda a sua população uma vida digna. Isso, infelizmente, não está ocorrendo. Aliás, esse é o conceito do atual IDH¹ que vem sendo medido nesses últimos anos.

Minha trajetória na vida pública foi peculiar, pois nunca entendi os cargos de direção que ocupei como definitivos ou mesmo aceitei o processo político como uma atividade profissional.

Fui diretor da Faculdade de Medicina da Unicamp por duas vezes e, posteriormente, eleito reitor dessa universidade sem nunca me afastar das atividades acadêmicas e profissionais, o que me deu sempre uma grande liberdade de atuação.

Evidentemente, as diminuí para poder dedicar-me às questões administrativas, mas sempre voltei plenamente, com prazer, a elas, após findos esses períodos. O mesmo ocorreu quando fui Secretário da Educação no Governo Montoro, Secretário da Saúde no Governo Quéricia ou Presidente da Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia (FIGO). Posteriormente, elegi-me deputado federal e dirigi o Hospital Pérola Byington por oito anos.

Sempre entendi, em todas essas funções, que o importante é fazer com que as coisas aconteçam concretamente para os usuários das políticas públicas, respeitando a relação custo-benefício em um país com dificuldades econômicas e oferecendo educação e saúde de boa qualidade e acessível à população mais carente.

Na Unicamp, conseguimos a sua institucionalização, oferecendo-lhe estatutos modernos; dobrar o tamanho do campus em termos de área física; terminar as obras; equipar e fazer funcionar o Hospital das Clínicas, assim como o Caism, que hoje é considerado referência para a América Latina pela Organização Mundial de Saúde.

1. De acordo com o Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD), o IDH foi criado com o objetivo de oferecer um contraponto a outro indicador muito utilizado, o PIB per capita, que considera apenas a dimensão econômica do desenvolvimento.

Além disso, criamos os núcleos interdisciplinares para oxigenar a Universidade e reforçar as pesquisas multissetoriais e inúmeras outras. O mesmo ocorreu na Secretaria de Educação, no Governo Montoro, quando fizemos o Programa de Formação Integral da Criança (Profic), que colocou 500 mil crianças carentes em tempo integral nas escolas públicas de São Paulo em apenas 9 meses.

Avaliado 5 anos após, demonstrou-se que essas crianças – as mais carentes e mais problemáticas das escolas – tiveram um desempenho escolar e social melhor em todos os itens analisados do que as menos carentes e menos problemáticas, mas que não ficavam o dia inteiro na escola ou sob o guarda-chuva da educação.

Vale dizer que não houve um metro quadrado a mais de área construída e que se aproveitou o próprio espaço das escolas e outros locais comunitários que estavam ociosos. Na Secretaria de Saúde, implantamos o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde do Estado de São Paulo (Suds-SP), como está relatado em outro capítulo deste livro, com os resultados de diminuição de todos os índices de morbidade e mortalidade medidos, cujos bons resultados e viabilidade econômica foram fundamentais para sua colocação na Constituição. Ou seja, graças à liberdade que me ofereci sem profissionalizar-me político, atuei sempre acima do processo político e por conceitos definidos.

Até o fim do meu período como secretário da Educação e de Saúde, que pressupõe pelo menos 24 anos de vida dedicados à direção de instituições públicas, nunca houve qualquer sindicância, investigação, processo, acusação e até notícias na imprensa de qualquer irregularidade que tenha sido cometida ou suspeitada.

Após sair da Secretaria da Saúde, em 1991, quando me coloquei pela primeira vez como candidato a cargo público, tive que responder a processos que causaram significativos transtornos e que decorreram exclusivamente de realizações positivas e corajosas da minha parte e da minha equipe.

Faço questão de relatá-los neste capítulo, pois são processos decorrentes do risco de fazer honestamente, baseados em realizações das quais me orgulho e sobre as quais não tive e não tenho temor de qualquer avaliação ou investigação.

O primeiro diz respeito à aquisição de equipamentos para colocar em funcionamento hospitais e centros de saúde que havíamos construído na Região Metropolitana de São Paulo durante a minha gestão como Secretário da Saúde, para os quais já havíamos contratado e estávamos treinando pessoal. Com isso, pretendíamos que o fim das obras coincidisse com o momento em que os recursos humanos estivessem treinados e os equipamentos instalados.

Foi aberta uma concorrência pública, que é o procedimento normal para a compra, realizada de forma absolutamente transparente, em que decidimos que deveríamos adquirir equipamentos nacionais, uma vez que era uma aquisição de significativa monta e a nossa indústria deveria ser privilegiada.

Como nenhuma delas, isoladamente, tinha capacidade de produção de todos os equipamentos necessários, várias firmas se reuniram e organizaram um consórcio para atender ao processo licitatório. Tudo foi feito de modo aberto e público pela Assessoria de Equipamentos da Secretaria da Saúde (ASEQ), coordenada por técnico que conhecia as características e o preço de cada um dos equipamentos e tinha isso organizado em seus computadores, de maneira que era muito difícil à Secretaria realizar qualquer tipo de compra que não fosse balizada pelos preços de mercado.

Todas essas informações foram 'deletadas' quando a Secretaria montou um processo que foi enviado ao Ministério Público Estadual e, por esse órgão, à Justiça. A licitação foi feita, apresentaram-se duas firmas, e a vencedora, denominada Consórcio para a Implantação de Hospitais (CIH), comprometeu-se a entregar os equipamentos nos prazos determinados pela Secretaria para que houvesse coincidência com o final das obras e com a admissão do pessoal.

Isso ocorreu no ano de 1990. Notamos que começou a haver uma postergação por parte da firma vencedora (CIH) na assinatura dos contratos até que ela procurou a Secretaria e solicitou uma "reapactuação de preços", alegando inflação acelerada e aumento do dólar. Isso seria absolutamente ilegal e imoral, pois houvera uma concorrência, e outras firmas foram eliminadas no item "menor preço"; e o argumento não era sólido, pois os preços eram cotados em Bônus do Tesouro Nacional (BTN).

A firma vencedora continuou insistindo, e aproximou-se o mês de dezembro de 1990, quando venceria o prazo para o empenho das dotações do exercício, conforme lei orçamentária vigente. Se os equipamentos não fossem comprados, a aquisição somente poderia ser feita no ano seguinte, a partir do mês de junho ou julho, quando novos créditos suplementares fossem autorizados para esse fim.

Como consequência, o funcionamento dos hospitais e unidades de Saúde seria postergado por pelo menos um ano. Insistimos, houve uma troca de correspondências solicitando à CIH que entregasse os equipamentos, aceitando os preços com os quais vencera a licitação. Ela não o fez, nitidamente apostando nos vencimentos dos prazos e, provavelmente, na possibilidade de uma reapactuação de preços no governo seguinte.

Determinei, então, a aplicação de uma multa de 4% a essa firma, que era composta de setores poderosos da indústria nacional (os nomes podem ser colhidos no próprio processo) e concordei com as áreas técnicas da Secretaria de consultar a segunda classificada para verificar se concordaria em entregar os mesmos equipamentos pelos mesmos preços definidos pela firma que havia ganhado a licitação.

A segunda classificada aceitou os preços cotados pela CIH (inferiores aos apresentados por ela) e procedeu-se à dispensa de licitação para que os equipamentos pudessem chegar nos prazos previstos e não se perdessem as verbas orçamentárias do exercício, além do fato de já ter sido feita uma licitação e de os preços praticados pela segunda colocada serem exatamente os mesmos da primeira.

Assim foi feito; e, por um grande esforço administrativo, os equipamentos foram entregues, os hospitais e centros de saúde foram colocados em funcionamento em tempo recorde na história da saúde de São Paulo e a população usufruiu e continua usufruindo desses hospitais, que são os de Vila Penteados, Parada de Taipas, Guaianazes, São Matheus, Vila Nova Cachoeirinha, entre outros, e algumas dezenas de centros de saúde instalados na periferia de São Paulo.

Terminado meu período na Secretaria, pela motivação imoral de uma carta anônima, possivelmente elaborada exatamente por aqueles que queriam construir oficialmente um falso processo, montou-se — e essa é a denominação correta — dentro das próprias hostes governamentais um processo fazendo comparações estapafúrdias para tentar dizer que houve superfaturamento de preços ou que a dispensa de licitação não era um procedimento correto, juntando documentos de diferentes procedências e estabelecendo, dessa forma, um processo altamente complexo que dificultou a avaliação da realidade.

Esse processo correu por diversas instâncias do governo, sem nunca ter sido dada a mim a oportunidade de apresentar uma defesa, quer escrita, quer oral. Fui ao Ministério Público, onde também nunca fui chamado para apresentar as minhas razões, apesar de ter solicitado para ser ouvido, pois era um direito legítimo por eu ter sido secretário de Estado e ser funcionário público.

O Ministério Público, usando o argumento de que o processo era muito complexo, o enviou a uma das Varas da Fazenda Estadual de São Paulo, que instaurou processo a que estou respondendo há 18 anos e que, apesar de todos meus apelos, não termina, talvez para mantê-lo na prateleira e invocá-lo sempre que for conveniente.

Há 5 anos, o juiz deu um despacho saneador que nos exime de 80% das absurdas acusações e solicita a verificação dos preços no sentido de comprovar se houve superfaturamento.

Uma auditoria externa comprovou que os preços pagos eram exatamente aqueles praticados pela CIH, apesar das enormes dificuldades pelo tempo decorrido. Entretanto, o processo continua inconcluso; e, toda vez que meu nome aparece em algum momento, para disputar um cargo ou para aceitar a indicação para alguma função pública, ele reaparece apenas com as acusações e sem nenhum histórico.

Trata-se de um bom exemplo do 'risco de fazer', pois no momento em que estava no meu último ano de Secretaria, poderia, perfeitamente, sem praticar a imoralidade de repactuar preços (o que não faria em hipótese nenhuma), não ter punido a CIH nem rompido o contrato e deixado os hospitais sem funcionar, apesar de serem absolutamente necessários à população mais pobre.

Entretanto, assumi o risco de fazer e me lembro de ter feito um raciocínio muito simples: estava atendendo a uma necessidade justa da população, adquirindo os equipamentos pelo mesmo preço do 1º classificado, até com uma economia de 4% (pois esse foi o valor da multa que havíamos aplicado) e por meio de um procedimento legal que é a dispensa de licitação por urgência e, se isso não ocorresse, perderíamos a verba.

Estávamos ao lado da seriedade, da saúde dos mais pobres e valia a pena tomar providências nesse sentido. No ano passado, ao tentar vender uma propriedade, a firma que a estava comprando, depois do contrato de compra e venda assinado, desistiu do negócio pela existência desse processo e pelo montante de recursos que a acusação do Ministério Público me convoca a ressarcir.

Diga-se também, por ser verdade, que a multa aplicada ao consórcio que não cumpriu com o contrato foi retirada quando saímos do governo, desculpando aqueles que imoralmente queriam a re-pactuação de preços.

A Consultoria Jurídica da Secretaria da Saúde anulou a licitação, oferecendo razões para agravar o processo contra mim e demais pessoas acusadas, mesmo depois dos equipamentos entregues e os hospitais em funcionamento. Acresça-se a tudo isso que o pagamento desses equipamentos foi feito quase integralmente pelo governo seguinte ao nosso.

Sinto que deveria ter recebido uma medalha por ter tido a coragem de fazer tudo o que foi feito, mas, em vez disso, respondo a um processo. Não me arrependo de tê-lo feito, mas devo destacar que é profundamente sofrido, desgastante, dispendioso ter que responder a um processo, particularmente

quando não há erro e não se tem absolutamente nenhuma culpa nas atitudes tomadas. A releitura de Kafka não causa nenhum prazer.

Um segundo processo² é ainda mais bizarro e trágico que o primeiro: saindo da Secretaria de Saúde, começaram a aparecer acusações na imprensa providas da Polícia Federal que investigava as contas do Inamps, que tinha sido incorporado ao SUS.

Elas se baseavam em auditorias realizadas no Suds-SP, depois de minha saída da Secretaria. Essas auditorias eram absurdas, porque não levavam em conta a legislação que regulamentou a implantação do Suds, de que São Paulo foi pioneiro.

Totalmente baseada em decretos e ordens de serviço do Ministério da Previdência e Assistência Pessoal (MPAS), foi possível a integração do Inamps com a Secretaria de Saúde de São Paulo, criando o Sistema Estadual de Saúde, do qual nasceu a Municipalização, que permitiu resultados muito bons e que estão descritos neste livro.

Essa auditoria foi feita por um trabalho conjunto com a Polícia Federal, que tinha um escritório dentro do Inamps, em São Paulo, a partir de resultados, sem qualquer análise prévia, não avaliados pelo Ministério Público Federal e contendo erros grosseiros, como se comprovou posteriormente.

Esses resultados eram mandados para a imprensa; e preocupado com esta questão, respondia a tudo, mas minhas respostas eram publicadas em pequenas notas de rodapé, como é comum acontecer em relação às acusações na imprensa.

Essas acusações continuaram até o dia em que recebi um telefonema, que redundou em um encontro com uma assessora de minha confiança, que explicou a razão de tudo. Diziam desejar um determinado valor em dinheiro para pararem. Consultei meu advogado, que me informou que, nessas circunstâncias, haveria dois caminhos: negociar com o extorsionário ou dar parte à polícia. A decisão era minha. Evidentemente decidi denunciar à polícia, apesar dos riscos que me foram colocados.

Preparamos essa questão acoplado um gravador ao telefone, e quando juntamos algumas fitas que denotavam claramente o desejo de extorquir, dei parte à polícia, como um cidadão comum. Foi indicado um delegado, que cuidou do caso primorosamente.

A história é longa, traumática e mesmo melancólica, uma vez que o chefe da quadrilha que tentava me extorquir era o próprio delegado da Polícia Federal que trabalhava dentro do Inamps e que havia me chamado para depor. Junto com ele, estava um estelionatário condenado e outras pessoas.

O estelionatário foi preso, colocado em cela comum; e, em uma madrugada, por medo daquilo que é chamado de 'queima de arquivo' (que seria feito, segundo o seu próprio depoimento), chamou o delegado do caso e trocou a sua confissão por proteção policial.

Assim foi feito. Esse senhor foi ouvido, confessou tudo, contou a história; e foram dois anos de problemas terríveis para mim, pois tive que depor na corregedoria da Polícia Federal, com o delegado que estava me extorquindo sentado às minhas costas.

2. Pinotti JA. Uma história a ser contada. Folha de São Paulo [internet]. São Paulo. 1° de setembro de 1995 [acesso em 2019 set]. Opinião – Tendências e Debates. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/osp/1995/9/01/opinia011.html>

Fui ameaçado de morte por telefone, carros paravam na porta da minha casa em atitude absolutamente estranha e houve processo de busca e apreensão em minha clínica, diante de minhas pacientes e em minha casa, diante dos meus filhos.

No entanto, fomos até o fim; e esse grupo, de quatro senhores, foi condenado a 5 anos de prisão. Devo dizer que a corregedoria da Polícia Federal foi exemplar, o delegado do caso foi extremamente corajoso, honesto e sério, mas eu, minha família e alguns assessores meus sofremos de maneira bárbara durante todo esse período.

Pois bem: apesar de todas as nossas contas terem sido aprovadas pelo Tribunal de Contas da União, de o processo ter se iniciado para uma tentativa criminosa de extorsão comprovada e com os extorsionários condenados (todo esse material está à disposição de quem quiser comprovar), continuo sendo processado. E já recorremos de uma recente decisão de juiz de primeira instância.

O terceiro processo foi o menos esperado. Relaciona-se com a gestão do HPB, ajudada pelo Centro de Estudos João Amorim (Cejam), que fundei e do qual me desliguei logo depois para candidatar-me a deputado federal, mas que ajudou, e muito, no sucesso desse hospital.

Esse processo redundou antes mesmo de seu julgamento em qualquer instância, no absurdo bloqueio de bens de cinco ex-secretários de saúde.

Na realidade, orgulho-me de nossas ações no Cejam e no HPB, e de seus resultados (400 mil mulheres atendidas com eficiência e humanidade, milhares de vidas salvas); e não há nas acusações qualquer menção sequer a desvio de verbas ou atos assemelhados.

Existe apenas um questionamento sobre a forma de administrar, transformando-a nessa adjetivação terrível de improbidade administrativa, e aí, mais uma vez, penso estar certo, não só pelos resultados, mas pelo fato de que, o que inovamos no passado, hoje é lei.

Essa questão me preocupa muito, especialmente pelo risco de, injustamente, ferir minha imagem, que procurei manter pela retidão de propósitos, apesar de ter-me exposto à vida pública com coragem, idealismo e assumido riscos. Incomoda-me também a questão absurda do bloqueio de bens antes de qualquer julgamento. Os pontos fundamentais aqui são os seguintes: i) o processo é contra o Cejam – Instituição Privada sem fins lucrativos, que ajudou a administrar o HPB – e nasceu exclusivamente de uma visão administrativa divergente do Ministério Público Federal sobre gerenciamento de unidades de saúde. Esse modo de gerenciar foi usado muito antes e permanece até hoje na Fundação Adib Jatene (Dante Pazzanese), Fundação Faculdade de Medicina (HC da FMUSP), entre outras, sempre com conhecimento e responsabilidade da Secretaria da Saúde, que passa os recursos para essas fundações privadas. Em 1998, esse procedimento foi totalmente expandido por meio das Organizações Sociais; ii) a principal contestação se deve ao uso de recursos para contratação de pessoal para trabalhar no HPB, evitando longos períodos (inevitáveis na administração pública) para reposição de recursos humanos e que causavam ociosidade e prejuízos consideráveis ao atendimento; iii) o Cejam teve suas contas totalmente aprovadas na Secretaria de Saúde e no TCE e foi uma das principais razões de sucesso do HPB, um case de atendimento digno e eficiente, reconhecido nacional e internacionalmente; iv) os fatos contestados datam de 1993 em diante. Eu me licenciei da Direção do Cejam em meados de 1992 e me demiti definitivamente em dezembro do mesmo ano (1992). Não há, portanto, qualquer razão formal para eu estar sequer colocado no processo; v) a decisão de bloqueio de bens e contas bancárias ocorreu sem julgamento do processo, por um juízo de

primeira instância, atingiu cinco ex-secretários de Saúde sem qualquer risco de periculum in mora, pois tanto os fatos contestados como o processo datam de muitos anos e não houve, de parte de nenhum dos mencionados, qualquer sinal de dilapidação de patrimônio. Tampouco houve o cuidado jurídico básico de somente bloquear bens adquiridos após a ocorrência dos fatos; vi) até onde fui informado pelos advogados, a cláusula preliminar de prescrição, aqui, é bastante clara.

Em resumo, o MPF tenta criminalizar uma visão administrativa divergente que hoje é lei; pinça apenas uma das instituições entre inúmeras que a praticam; não olha para os benefícios incontestáveis do HPB em relação ao atendimento e para o próprio Cejam, que jamais causou prejuízos, praticou e continua a praticar benefícios sociais e coloca minha pessoa como responsável, sem verificar que já havia me demitido da instituição em 1992, antes da ocorrência dos fatos que motivaram o processo. Isso vai ao Juízo de Primeira Instância que, antes de julgar e mesmo avaliar a prescrição, bloqueia bens e contas bancárias de cinco ex-secretários de Saúde, renomados professores universitários, sem qualquer sinal de periculum in mora, como disse.

Respondi também a uma sindicância sobre as críticas que fiz à 'segunda porta do HC', que está relatada amplamente em um dos capítulos deste livro, em função do que ela significa de antiético e de ilegal, e a minha luta contra a sua existência me causou profundos aborrecimentos, despesas e uma perda enorme de tempo. Não conseguiram me condenar, engoliram as críticas e se calaram, mas a segunda porta continua aí, apesar de imoral.

Termino avisando àqueles com coragem de fazer que não desistam, mesmo sabendo que é muito mais adequado, para a comodidade das pessoas, ser politicamente correto em vez de fazer com que as coisas aconteçam em benefício do País e dos cidadãos.

As palavras de Goethe, nos epigramas venezianos, são sábias e eu as repito aqui novamente, quando dizem:

Os amantes da liberdade, sempre os detestei. Arbitrio, afinal, era o que queriam para si. Se quiseres liberar a muitos, ouse servir a muitos. Pergunta-me quão difícil é essa missão. Experimente.

Experimentei e não me arrependo, pois, com isso, servi ao povo brasileiro e estou intimamente satisfeito, mas, o fazer no serviço público causa sérios problemas, particularmente para as pessoas que o fazem com honestidade e seriedade e, portanto, com certo grau de ingenuidade.

Essa deveria ser a nova forma de fazer política que, se aceita, mudaria completamente o processo. Não duvido que tentar destruir essa proposta é também do interesse das pessoas que fazem política para proveito próprio.

Todos esses processos fazem parte hoje do meu currículo, como aquele que o Conselho Regional de Medicina (CRM) me condenou por ter tornado gratuito e delegado parcelas de funções médicas a citotécnicas, no Programa de Controle do Câncer Cérvico Uterino de Campinas, iniciado em 1968 e que persiste até hoje, atendendo a 280 mil mulheres por ano e que fez da mortalidade por câncer de útero, em Campinas, uma das mais baixas do mundo (menor do que a dos EUA) e impediu a morte e o sofrimento de milhares de mulheres.

Como afirmou Kierkegaard (1813-1855), "a razão está sempre com as minorias" que nunca são politicamente corretas. A decisão a ser tomada é a proposta por Goethe "se queres servir a muitos, experimente e verifique quão árdua é essa missão".

O discurso e o papel aceitam tudo; a prática e os resultados é que medem a eficiência e a coragem. Contudo, a política para mim só tem sentido dessa forma, e ela é fantástica, quando nos permite multiplicar ações.

Por isso, a certeza de ter tirado a Unicamp da crise e a colocado como a mais moderna Universidade da América Latina, de hospitais funcionando como o Hospital da Mulher da Unicamp (Caism) e o HPB, da municipalização da saúde e do Paism, que se tornaram modelos a serem seguidos, do desnudamento da imoralidade da segunda porta, do impacto de tudo isso sobre a saúde e bem-estar de milhares de pessoas são fatos suficientes para compensarem os terríveis transtornos desses inacreditáveis processos.

REFERÊNCIAS

Arendt H. *The Human Condition*. Chicago, The University of Chicago Press; 1958.

Barr N. *The Economics of the Welfare State*. London: Weidenfield and Nicolson; 1987.

Beebe DK. Sexual Assault. The physician's role in prevention and treatment. *J. Miss State Assoc.* 1998;39:336-9.

Bernstein E. *Las Premisas del socialismo y las tareas de la socialdemocracia. Problemas del socialismo. El revisionismo en la socialdemocracia*. México: Siglo Veintiuno; 1982.

Berquó E. Ainda a questão da esterilização feminina no Brasil. In: Giffin K, Costa SH, organizadores. *Questões da saúde reprodutiva*. Rio de Janeiro: Diagramadora Fiocruz; 1999.

Beveridge W. *Social Insurance and Allied Services*. London: His Majesty's Stationery Office; 1942.

Bobbio N. *Teoria do ordenamento jurídico*. 10. ed. Trad. Cláudio de Cicco e Maria Celeste C. J. Santos. Brasília: Universidade de Brasília; 1999.

Bobbio N, Matteucci N, Pasquino G. *Dicionário de Política*. Brasília: Editora Universidade de Brasília; 2000.

Brasil. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Departamento de População e Indicadores Sociais. Coordenação de População e Indicadores Sociais. *Estatísticas de saúde: assistência médico-sanitária 2005* [internet]. Rio de Janeiro; 2006 [acesso em 2019 set]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaodevida/ams/2005/ams2005.pdf>.

Brasil. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Departamento de População e Indicadores Sociais. *Estatísticas de saúde: assistência médico-sanitária 2002* [internet]. Rio de Janeiro; 2002 [acesso em 2019 set]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaodevida/ams/ams2002.pdf>.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. *Hepatites Virais: o Brasil está atento*. Brasília; 2005. 40p.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas. Área Técnica de Saúde da Mulher. Anticoncepção de emergência – perguntas e respostas para profissionais de saúde. Brasília; 2005. 20p.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas. Área Técnica de Saúde da Mulher. Prevenção e Tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes. Norma Técnica. 2. ed. Brasília; 2008. 68p.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes: norma técnica [internet]. 3. ed. Brasília; 2012 [acesso em 2019 ago]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/prevencao_agravo_violencia_sexual_mulheres_3ed.pdf.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Hepatites Virais: o Brasil está atento. Brasília; 2005. 40p.

Brecht B. Teatro dialético. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira; 1967.

Brundage SC. Preconception health care. *Am Fam Physician*. 2002;65(12):2507-2514.

Caballero M, et al. Programa de Interrupção legal da gravidez consequente ao estupro: avaliação de 34 casos. In: Anais do Congresso de Ginecologia e Obstetrícia de Região Sudeste da Febrasgo; 1996; São Paulo. São Paulo; 1996. p.33.

Centro de Referência da Saúde da Mulher. Violência Sexual. Protocolo de Assistência e conduta para o atendimento de urgência. 3. Ed. São Paulo; 2008. 23p.

Centro de Referência, Estudos e Ações Sobre Crianças e Adolescentes. Tráfico de mulheres, crianças e adolescentes para fins de exploração sexual. Relatório Nacional. Brasília: Cecria; 2002.

Center for Disease Control and Prevention (CDC). Sexually transmitted diseases treatment guidelines 2002. 2002;51(RR 6):1-80.

Cohen R, Zapara L. Diagnóstico prenatal de las malformaciones del sistema nervioso central por ultrasonido. *Rev Obstet Ginecol Venezuela*. 1985;45:131-141.

Conselho Federal de Medicina (CFM). Resolução CFM nº 1811/2006. Estabelece normas éticas para a utilização, pelos médicos, da anticoncepção de emergência devido a mesma não ferir os dispositivos legais vigentes no país. Brasília. DOU 17 jan. 2007, seção I, p. 72; 2007.

Conselho Regional de Medicina de São Paulo (Cremesp). Violência Sexual e aspectos éticos da assistência. In: Cadernos de ética em ginecologia e obstetrícia. 2. ed. São Paulo: Cremesp;2002. p. 71-78.

Couto MT. WHO multi-country study on women's health and domestic violence against women [internet]. [acesso em 2019 set]. Disponível em: <http://www.agende.org.br>.

Croxatto HB, Fuentealba B, Brache V, Salvatierra AM, Alvarez F, Massai R, et al. Effects of the Yuzpe regimen, given during the follicular phase, on ovarian function. *Contraception*. 2002;65(2):121-8.

Culyer AJ. Medical care and the economics of giving. *Economica*. 1971;38(51):295-303.

Daly S, Mills JL, Molloy AM, Conley M, McPartlin J, Lee YJ, et al. Low-dose folic acid lowers plasma homocysteine levels in women of child-bearing age. *Q J Med*. 2002;95(11):733-740.

Dewey J. Experiência e educação. Tradução de Anísio Teixeira. 2. ed. São Paulo: Ed. Nacional; 1976. v131.

Drezett J. Estudo de fatores relacionados com a violência sexual contra crianças, adolescentes e mulheres adultas [tese]. São Paulo: Centro de Referência da Saúde da Mulher e de Nutrição, Alimentação e Desenvolvimento Infantil; 2000.

Drezett J. Processos e práticas da implementação dos protocolos de assistência à violência sexual no Brasil. In: Adesse L. ed. A saúde sexual e reprodutiva da mulher no Brasil. Diferentes visões no contexto do aborto. Porto Alegre: Metrópole; 2005. p. 29-41.

Drezett J. Violência sexual como problema de saúde pública. In: Taquette SR, org. Violência contra a mulher adolescente / jovem. Rio de Janeiro: Ed. UERJ; 2007. p. 81-89.

Drezett J, Baldacini I, Freitas GC, Pinotti JA. Contracepção de emergência para mulheres vítimas de estupro. *Revista do Centro de Referência*. 1998;3:29-33.

Drezett J, Del Pozo E. El rol de los servicios de salud en la atención a mujeres víctimas de violencia sexual. La Paz: Ipas. Bolivia; 2002. p. 1-15, 2002.

Durand M, del Carmen CM, Raymond EG, Durán-Sánchez O, De la Luz Cruz-Hinojosa M, Castell-Rodríguez A, et al. On the mechanism of action of short-team levonorgestrel administration in emergency contraception. *Contraception*. 2001;64(4):227-34.

Faúndes A et al. III Fórum interprofissional para a implementação do atendimento ao aborto previsto na lei. *Femina*. 1999;27:317-21.

Faúndes A, Bedone A, Pinto e Silva JL. I Fórum interprofissional para a implementação do atendimento ao aborto previsto na lei. *Femina*. 1997;25:1-8.

Faúndes A, Brache V, Alvarez F. Emergency contraception: clinical and ethical aspects. *Int J Gynaecol Obstet*. 2003;82(3):297-395.

Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo). Violência Sexual e Interrupção da gestação prevista em lei. São Paulo: Febrasgo; 2004. 91p.

Forrester V. O Horror Econômico. Tradução de Álvaro Lorencini. São Paulo. Diagramador a da Universidade Estadual de São Paulo; 1997.

Friedman M, Friedman RD. Free to Choose: A Personal Statement. New York: Harcourt Brace Jovanovich; 1980.

Goethe JW. Memórias, Poesia e Verdade. Trad. Leonel Vallandro. Brasília: UNB/Hucitec; 1999.

Goldenberg RL, Tamura T, Neggers Y, Copper RL, Johnston KE, Dubard MB, et al. The effect of zinc supplementation on pregnancy outcome. *JAMA*. 1995;274(6):463-468.

Gorlin RJ, Cohen Jr. MM, Hennekam RCM. Anencephaly. In: *Syndromes of the Head and Neck*. 4th ed. Oxford: Oxford University Press; 2001. p. 704-707. p. 704-707

Gostin, OL, Lazzarini Z, Alexander D, Brandt AM, Mayer KH, Silverman DC. HIV testing, counseling and prophylaxis after sexual assault. *JAMA*. 1994;271(18):1436-4. 1994.

Habermas J. Direito e moral. Tradução Sandra Lippert. Lisboa: Instituto Piaget; 1999.

Hegel GWF. Elements of a Philosophy of Right. Cambridge: University Press; 1991.

Heise L, Pitanguy J, Germain A. Violence against women: the hidden health burden. Washington: The International Bank for Reconstruction and Development / The World Bank; 1993.

Henshaw SK. Induced abortion a world review. Fam Plann Perspect; 1990.

Human Rights Watch (HRW). Injustiça criminal: a violência contra a mulher no Brasil. EUA: Americas Watch; 1992.

Hunter AGW., Brain and spinal cord. In: Stevenson RE, Hall JG, Goodman RM. editors. Human Malformations and Related Anomalies. New York: Oxford University Press; 1983. p. 109-137.

Huxley A. Regresso ao Admirável Mundo Novo. Lisboa: Oficinas Gráficas de Livros do Brasil; 1958.

International Planned Parenthood Federation. Estrategias para el tratamiento y prevencion de la violencia sexual. Chicago: American Medical Association; 1995. 62p.

International Planned Parenthood Federation. Lineamientos para el diagnostico y tratamiento del abuso sexual en la infancia. Chicago: American Medical Association; 1995. 46p.

Jenny C, Hooton TM, Bowers A, Copass MK, Krieger JN, Hillier SL, et al. Sexually transmitted diseases in victims of rape. N Engl J Med. 1990;322(11):713-716.

Kant I. Crítica da Razão Pura. 5 ed. Trad.: Manuela Pinto e Alexandre Morujão. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian; 2001.

Keynes JM. The General Theory of Employment, Interest and Money. London: Palgrave MacMillan; 1946.

Koscica KL, Canterino JC, Harrigan JT, Dalaya T, Ananth CV, Vintzileos AM. Assessing genetic risk: Comparison between the referring obstetrician and genetic counselor. Am J Obstet Gynecol [internet]. 2001 [acesso em 2019

set];185(5):1032-4. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0002937801913183>.

Lausterslager PFH. Anencefalia: consideraciones bioéticas y jurídicas. *Acta bioth.* 6(2):265-282, 2000.

Malraux A. *As vozes do silêncio*. Lisboa: Livros do Brasil, 1988.

Merrick TW. The evolution and impact of policies on fertility and family planning: Brazil, Colombia and Mexico. In: Roberts G. *Population policy: contemporary issue*. New York: Praeger; 1990.

Merrick TW, Berquó ES. The determinants of Brazil's recent rapid decline in fertility. Washington (DC): National Academy Press; 1983. (Committee on Population and Demography, Report 23).

Miller EA, Manning SE, Rasmussen SA, Reefhuis J, Honein MA; National Birth Defects Prevention Stud. Maternal exposure to tobacco smoke, alcohol and caffeine, and risk of anorectal atresia: National Birth Defects Prevention Study 1997- 2003. *Paediatric Perinat Epidemiol.* 2009;23(1)9-17.

MRC Vitamin Study Research Group. Prevention of neural tube defects: Results of the Medical Research Council Vita-min Study. *Lancet.* 1991;338(8760):131-7.

Muram D. Child sexual abuse. *Obstet Gynecol Clin North Am.* 1992;19(1):193-207.

Mutchinick O, Orozco E, Lisker R, Babinsky V, Núñez C. Factores de riesgo asociados a los defectos de cierre del tubo neural: exposición durante el primer trimestre de la gestación. *Gac Med Mex.* 1990;126:227-234.

Myrdal G. *Asian Drama: An Inquire Into the Poverty of the Nations*. 1° ed. Nova York: Pantheon Books; 1968.

National Victim Center, Crime Victims Research and Treatment Center. *Rape in America: a report to the nation*. South Carolina: Dept of Psychiatry and Behavioral Sciences; 1982. 289 p.

Ogata AJN, Camano L, Brunoni D. Perinatal factors associated with neural tube defects (anencephaly, spina bifida and encephalocele). *Rev Paul Med.* 1992;110(4):147-151.

Organización Panamericana de la Salud (OPS). *Género, salud y desarrollo em las Américas. Indicadores Básicos*. Washington DC; 2005.

Orwell G. 1984. 11. ed. São Paulo: Companhia Diagramador a Nacional; 1978.

Petter LM, Whitehill DL. Management of female sexual assault. *Am Fam Physician*. 1998;58(4):920-6.

Pieri PC. Conhecimentos e crenças em amostra de 348 gestantes que se dirigem ao diagnóstico pré-natal em São Paulo [dissertação]. São Paulo: Instituto de Biociências da USP; 1991.

Pimentel S, Schritzmeyer ALP, Padjjajian V. Estupro: crime ou 'cortesia'? Abordagem sociojurídica de gênero. Porto Alegre: SAFE; 1998.

Poincaré H. A ciência e a hipótese. Trad. Maria Auxiliadora Kneipp. Brasília: Diagramadora UnB; 1985.

Ross HL, Elias L. Maternal serum screening for fetal genetic disorders. *Obstet Gynecol Clin North Am*. 1997;24(1):33-47.

Rotta NT, Vecino MCA, Mello LL, Kersten RN, Silva JVB., Malformações congênitas do sistema nervoso central: incidência de cinco anos no Hospital de Clínicas de Porto Alegre. *Rev. HCPA*. 1989;9(1):10-14.

Sandford MK, Kissling GE, Joubert PE. Neural tube defect etiology: new evidence concerning maternal hyperthermia, health and diet. *Dev Med Child Neurol*. 1992;34(8):661-675.

Smith DG, Wigton RS. Chapter 13 Research in Medical Ethics: The Role of Social Judgment Theory. *Adv Psychol* [internet]. 1988 [acesso em 2019 ago];54:427-442. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0166411508621810>.

Smithells RW, Ankers C, Carver ME, Lennon D, Schorah CJ, Sheppard S. Maternal nutrition in early pregnancy. *Br J Nutr*. 1977;38(3):497-506.

Smithells RW, Sheppard S, Schorah CJ, Seller MJ, Nevin NC, Harris R, et al. Possible prevention of neural-tube defects by periconceptional vitamin supplementation. *Lancet*. 1980; 1(8164):339-40.

Smithells RW, Sheppard S, Wild J, Schorah CJ. Prevention of neural tube defects recurrences in Yorkshire: Final report. *Lancet*. 1989;26(2):498-9.

Souza CM, Adesse L. Violência sexual no Brasil: perspectivas e desafios. Brasília: Ipas Brasil e Secretaria Especial de Políticas para Mulheres; 2005. 188 p.

Steegers-Theunissen RPM, Boers GHJ, Trijbels FJ, Fenkelstein JD, Blom HJ, Thomas CM, et al. Maternal hyperhomocysteinemia: A risk factor for neural tube defects. *Metabolism*. 1994;43(12):1475-80.

Talib RA, Citeli MT. Dossiê: serviços de abortamento legal em hospitais públicos brasileiros (1989-2004). Brasília: São Paulo, Católica pelo Direito de Decidir; 2005. 80 p.

Teixeira A. Notas para a história da educação. *Rev Bras Estud Pedagog*, Rio de Janeiro. 1962;37(85):181-188.

Ugocsai G, Rozsa M; Ugocsai P. Scanning electron microscopic (SEM) changes of the endometrium in women taking high doses of levonorgestrel as emergency postcoital contraception. *Contraception*. 2002;66(6):433-7.

Unamuno M. Do sentimento trágico da vida. Trad. Eduardo Brandão. São Paulo: Martins Fontes; 1996.

United Nations. Report of the Fourth World Conference on Women. Beijing, 4-15. September. 1995. New York: UN (sales . 196.IV.13); 1996.

U. S. Public Health Service: Recommendations for the use of folic acid to reduce the number of cases of spina bifida and other tube defects. *MMWR Recomm Rep*. 1992;41(RR-14):1-7.

Von Hertzen H, Piaggio G, Ding J, Chen J, Song S, Bártfai G, et al. Low dose mifepristone and two regimens of levonorgestrel for emergency contraception: a WHO multicentre randomized trial. *Lancet*. 2002;360(9348):1803-1810.

Wilson RD, Johnson JA, Wyatt P, Allen V, Gagnon A, Langlois S et al. Genetics Committee of the Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada and The Motherisk Program. Pre-conceptional vitamin/folic acid supplementation 2007: the use of folic acid in combination with a multivitamin supplement for the prevention of neural tube defects and other congenital anomalies. *J Obstet Gynaecol Can*. 2007;29(12):1003-26.

World Bank. World development report, 1993: investing in health. New York: Oxford University Press; 1993.

World Health Organization (WHO). Safe abortion: technical and policy guidance for health systems. Geneva. WHO; 2003.

World Health Organization (WHO). Task Force On Postovulatory Methods of Fertility Regulation. Randomised controlled trial of levonorgestrel versus the

Yuzpe regimen of combined oral contraceptives for emergency contraception. *Lancet*. 1998;352:428-433.

World Health Organization (WHO). The prevention and management of unsafe abortion. Report of a Technical Working Group. Geneva. WHO; 1992.



JOSÉ ARISTODEMO PINOTTI

Filho da educadora sanitária Anna Bove e do dentista Alfredo Pinotti, José Aristodemo Pinotti, ou Ari, como era chamado pelos familiares, já nasceu em um ambiente favorável para seguir uma vocação na área médica. Todos os seus avós vieram da Itália: os paternos, do Vêneto, e os maternos, da Costa Amalfitana.

Visitou a Itália pela primeira vez em 1961, criando a partir daí profundos laços profissionais e de amizade. Tanto que sua formação médica se aperfeiçoou durante o grande período que passou, logo após a conclusão do seu curso na Faculdade de Medicina da Universidade São Paulo, realizando estágios em hospitais de Florença, Roma e Milão. Por último, estudou em Paris (França), especializando-se nas áreas de ginecologia e obstetrícia.

Nessa ocasião, já tinha como meta a carreira universitária. Convidado pelo Dr. Bussâmara Neme, seu professor no curso de Medicina e professor da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas (Unicamp), para implantar o Departamento de Ginecologia e Obstetrícia dessa faculdade, percebeu a grande oportunidade para dar início ao seu principal objetivo: ser professor universitário de medicina.

Realizou toda sua carreira acadêmica na Unicamp, onde prestou os concursos que o levaram ao cargo de professor titular, posição que alcançou, também por concurso, da Faculdade de Medicina da USP.

Sua relevante contribuição científica se traduziu em 82 livros e 1.860 trabalhos científicos publicados em revistas de renome internacional, inúmeros deles premiados.

Na década de 1960, formou uma equipe para estabelecer sua primeira clínica médica particular, com o objetivo de atender aos problemas de saúde das mulheres de forma integral, sendo que a Clínica Pinotti continua sua missão, coordenada por sua filha.

Como gestor público, ampliou o conceito de universalização e integração da saúde à sua extensa obra: foi reitor da Unicamp (1982-1986), secretário Estadual da Educação e da Saúde (1986-1991), deputado federal por três legislaturas, membro da Academia Nacional de Medicina (cadeira 22), secretário municipal da Educação de São Paulo (2005-2006), único brasileiro eleito presidente da Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia (1986-1992) e primeiro a receber o título de Doutor Honoris Causa pela Universidade de Bologna, a mais antiga do mundo, em reconhecimento à importância de seu trabalho em favor das mulheres.

Em 1966, casou-se com a artista plástica e professora do Instituto de Artes da Unicamp Suely Pinotti, com quem formou sua família, que sempre o apoiou e colaborou em todos os seus projetos. Teve três filhos: Marianne (médica), André (arquiteto) e Mirella. Teve cinco netos: Anna, Gaia, Ari, Enrica e Mirella.

Admirador e entusiasta da literatura, música e teatro, chegou a publicar dois livros de poemas. Conviveu intimamente com artistas, como a poeta e escritora Hilda Hilst e José Antônio de Almeida Prado, grande compositor de música erudita contemporânea, entre outros, mundo afora.

Livre pensador e ávido leitor, com imensa capacidade de síntese e generosa divulgação de ideias e utopias, conciliava sua vocação científica com seu caráter intensamente humanista.

Admirava Fernando Pessoa, citando, em várias ocasiões, seus pensamentos. Um de seus preferidos era: “de tudo na vida ficaram três coisas: a certeza de que estamos sempre começando; a certeza de que precisamos continuar e a certeza de que seremos interrompidos antes de terminar”.