



Saúde em Debate

ISSN: 0103-1104

revista@saudeemdebate.org.br

Centro Brasileiro de Estudos de Saúde  
Brasil

Guimarães, Reinaldo  
O mal-estar na Saúde Pública  
Saúde em Debate, vol. 37, núm. 96, enero-marzo, 2013, pp. 159-188  
Centro Brasileiro de Estudos de Saúde  
Rio de Janeiro, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=406341759018>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

re<sup>o</sup>alyc.org

Sistema de Informação Científica  
Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal  
Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

# O mal-estar na Saúde Pública\*

*The malaise in public health*

Reinaldo Guimarães<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Médico, Doutor *honoris causa* pela Universidade Federal da Bahia (UFBA) - Salvador (BA), Brasil.  
reinaldoguimaraes47@gmail.com

Na passagem dos anos 20 para os 30 do século passado, Sigmund Freud era um personagem de fama mundial. Entretanto, o testemunho da 1ª Guerra Mundial, o desalento frente aos inúmeros conflitos no movimento psicanalítico, o processo de exclusão civil dos judeus já então em curso em Viena, o sofrimento pessoal com o câncer que o mataria dez anos depois e, muito provavelmente, a sensação de insegurança expressa no rearmamento alemão e no crack da Bolsa de Nova York aprofundaram o seu conhecido pessimismo frente à Humanidade. Esse estado de espírito gerou um famoso ensaio, de 1929 e publicado no ano seguinte, intitulado “O Mal-Estar na Civilização”. Nele, a partir de um enquadramento teórico essencialmente psicanalítico, Freud declara a impossibilidade da felicidade permanente em cada humano e entre os humanos. Pondera, entretanto, a importância da busca de uma felicidade mesmo que transitória e imperfeita, e sugere alguns caminhos para essa busca.

Este ensaio toma emprestada de Freud a ideia de um ‘mal-estar’ na saúde pública. No Dicionário Houaiss da Língua Portuguesa, o termo é definido por

*1. sensação desagradável de perturbação do organismo; indisposição que não chega a configurar doença; incômodo; indisposição. 2. estado de inquietação, de aflição mal definida; ansiedade, insatisfação. 3. situação embaraçosa; constrangimento.*

É exatamente do que preciso, esse é o termo que melhor define o tema sobre o qual lhes vou falar. Vou tratar do mal-estar na saúde pública, que imagino como o núcleo de um poliedro com muitas faces. Nesse mal-estar, a “sensação desagradável de perturbação no organismo” é sistêmica: sua sintomatologia é difusa, embora florida. Vou comentar três dentre as muitas faces do poliedro, nas quais não é difícil identificar o mal-estar. A primeira é o desmonte, *urbi et orbi*, dos sistemas nacionais de saúde de corte universalista como ferramentas centrais de política social. A segunda é a profunda crise das estratégias multilaterais de solução de controvérsias entre países, um tema que vai muito além da saúde pública, mas que nela tem apresentado uma incidência particularmente importante. A terceira face são os dilemas morais cada vez mais presentes e mais intensos no campo da saúde pública.

\*Texto base de conferência proferida no Instituto de Saúde Coletiva, em 17 de agosto de 2012, por ocasião da imposição do título de Doutor *Honoris Causa* pela Universidade Federal da Bahia ao autor.

Em seguida, procurarei situar as raízes do mal-estar em certas configurações político-ideológicas mais gerais de nosso tempo, bem como desvelar algumas manifestações concretas na saúde pública, decorrentes ou associadas a essas configurações.

Entendo o termo 'saúde pública' de modo amplo. Por um lado, como um campo de saber interdisciplinar fundamentado em bases científicas. Por outro, como um campo de práticas, fundado em princípios éticos, técnicos, políticos e ideológicos. São essas duas pernas conceituais que sustentam os sistemas nacionais de saúde, a diplomacia da saúde e a bioética.

## O mal-estar nos Sistemas Nacionais de Saúde

Antes de comentar as evidências desse desmonte, talvez seja conveniente situar historicamente os sistemas nacionais de saúde no âmbito das políticas de proteção social, em particular, na modalidade da proteção social fundada no conceito de Seguridade Social. Eles ou, pelo menos, o seu exemplo paradigmático – o Serviço Nacional de Saúde britânico – são produtos de uma conjuntura global muito particular. Freud não viveu para testemunhá-la, mas teria sido interessante se o tivesse feito, à luz de seu pessimismo de 1930.

O sistema de saúde britânico foi criado em 1948, ano central entre os poucos que correram entre o final da 2ª Guerra Mundial e o aprofundamento da Guerra Fria, com o bloqueio soviético de Berlim e o começo da Guerra da Coreia. Pranteados e enterrados os 60 milhões de mortos da guerra, foram anos de construção solidária, pelo menos no que diz respeito ao bloco vencedor. Anos em que se poderia imaginar o fim definitivo da barbárie (não por um otimismo ingênuo quanto à espécie humana, mas por imaginar-se então que nada por vir poderia superar a barbárie nazifascista, supondo-se que esta teria sido a derradeira fronteira do mal absoluto).

Esses poucos anos de construção solidária e de afirmação democrática e participativa já nasceram, entretanto, marcados por um 'beijo da morte'. Como numa disputa esportiva, durou o tempo que se leva para que os adversários se estudem. Tempo que propiciou uma disputa de espaço geopolítico fundada em convencimento e ações construtivas (em particular, na reconstrução da Europa e do Japão).

Incidentalmente, devo dizer que a conjuntura brasileira que criou o nosso sistema nacional de saúde em 1988 era, em perspectiva local, parecida com aquela outra, mundial. Pois 1988 também pertenceu a um período de euforia e de comunhão cidadã no Brasil. Foi o último ano do período que correu entre o fim da ditadura (1985) e a tomada do Congresso Nacional e do governo de José Sarney (1985-1989) pelos estamentos políticos que até hoje assombram a vida política brasileira (em 1988, eram chamados de 'Centrão') e que, sob o ponto de vista de vários pensadores políticos eminentes, 'garantem a governabilidade'. E tivemos a eleição de Collor de Mello, em 1989.

Mas quais as evidências do desmonte? Na América Latina, com exceção do Brasil, a maior parte dos sistemas nacionais foi imaginada e construída segundo um padrão não universalista. Com o México, a Colômbia e o Chile à frente, durante os anos 80 e 90 do século passado, propostas oriundas principalmente do Banco

Mundial foram aplicadas em vários países, alguns deles passando diretamente de uma situação de não possuírem qualquer sistema nacional de saúde para a de terem, enfim, um sistema, muito embora fora dos padrões de uma proteção social fundada no conceito de seguridade. Em poucas palavras, sistemas não universalistas.

No hemisfério norte, a partir desses mesmos anos 1980, começaram as reformas dos sistemas nacionais universais, cujo exemplo mais fecundo foi a Grã-Bretanha sob o comando da Baronesa Thatcher, que governou entre 1979 e 1990. Ao fim e ao cabo, desde então, a maior parte dos países da Europa e o Canadá vêm experimentando operações mais ou menos aprofundadas de desmonte que, à parte especificidades nacionais, têm como denominador comum duas características: (1) o desfinanciamento público paulatino do sistema; (2) o crescente vínculo entre a oferta de serviços e a capacidade de pagamento do usuário.

Com a subida ao poder dos conservadores, em 2010, o Sistema Nacional de Saúde britânico sofreu mais uma derrota. No final de 2011, o Parlamento aprovou uma nova reforma intitulada *Equity and excellence: Liberating the NHS (National Health Service)*, cuja síntese é: (1) hospitais públicos passarão a ter que produzir superávit; os que não o fizerem, ou fecharão ou terão seus serviços concedidos a empresas privadas – além disso, na busca por superávit, poderá haver negativas para procedimentos mais complexos, considerados ‘deficitários’; (2) os serviços de saúde serão geridos por consórcios de GPs (médicos de família), que poderão contratar gestores privados de saúde para gerir adequadamente esses serviços; (3) haverá um corte orçamentário de 20 bilhões de libras (cerca de 70 bilhões de reais – aproximadamente 7% do orçamento do NHS).

Richard Horton é o editor-chefe do *The Lancet*. Ele é professor emérito da London School of Hygiene and Tropical Medicine, do University College de Londres e da Universidade de Oslo. A respeito da reforma em curso, o Dr. Horton declarou:

*Nós estamos a ponto de vivenciar uma fase de caos sem precedentes nos nossos serviços de saúde. Aqueles entre nós que se opuseram a essa lei não devem se regozijar de que essa confusão aconteça. As pessoas vão morrer graças à decisão do governo de focar na competição ao invés de na qualidade no cuidado à saúde. O desastre que se aproxima coloca ainda mais responsabilidade sobre nós para derrubar essa legislação destrutiva e remover esse governo não democrático<sup>1</sup>.*

Não pretendo fixar-me em aspectos conjunturais de prazo mais curto. Mas é certo que a crise econômica pela qual passa a Europa aumentará bastante o desmonte dos sistemas de saúde europeus e a consequente sensação de mal-estar. Como exemplo recente, transcrevo notícia publicada pelo Correio Brasiliense em 23 de abril de 2012:

*Preocupado em reduzir o déficit público, o governo espanhol começou a aplicar a partir de sexta-feira um plano de austeridade que atinge os sensíveis setores de saúde e educação, com o objetivo de economizar € 10 bilhões suplementares*

<sup>1</sup> LEYS, C. S. P. *Dismantling the NHS*. Disponível em: <<http://www.redpepper.org.uk/dismantling-the-nhs/>>. Acesso em 12 abr. 2012.

*por ano. A principal medida da reforma da saúde, que busca economizar € 7 bilhões, será, sem dúvida, a mais impopular: os aposentados deverão pagar seus medicamentos. O anúncio contradiz a promessa eleitoral do presidente do governo, Mariano Rajoy, que assumiu o cargo em dezembro, de manter o poder aquisitivo dos aposentados, apesar da crise. 'Trata-se de pedir um esforço, que são alguns poucos euros ao mês para algumas pessoas. É necessário, imprescindível, porque não há dinheiro para atender o pagamento dos serviços públicos', disse Rajoy em coletiva de imprensa na Colômbia, onde se encontrava em visita oficial.*

Quando se trata de discutir comparativamente sistemas de saúde, normalmente os Estados Unidos são mencionados como tipo ideal de um não sistema ou, pelo menos, de um mau sistema. Mas, mesmo lá, onde falta uma tradição universalista na saúde, propostas de reestruturação do sistema de saúde têm entrado na pauta política desde o primeiro governo Clinton (1993). A partir de uma promessa de campanha, houve uma proposta de reforma liderada pela então primeira-dama, Hillary, que não foi à frente, obstaculizada pelos lobbies das empresas prestadoras privadas e da indústria farmacêutica. Vale notar, entretanto, que, nos Estados Unidos, o vetor conceitual da proposta ia num sentido oposto ao observado nas reformas da América Latina e da Europa. Naquela, o objetivo era, de certa forma, ampliar a cobertura, muito embora sem qualquer viés universalista. A retomada do poder pelo Partido Democrata fez com que a ideia de reforma voltasse à mesa do presidente Obama. Mais uma vez, os mesmos lobbies venceram. E vale lembrar que na atual campanha presidencial, um dos pontos cruciais de crítica a Obama é a 'socialização' do sistema de saúde norteamericano.

A República Popular da China tem quase 1,4 bilhão de habitantes. Pouco menos da metade deles ainda vive no campo<sup>2</sup> e, apesar do controle sobre a mobilidade das pessoas, as cidades estão inchando com o êxodo rural acelerado. Como consequência da política de 'um filho apenas', instituída para frear o crescimento demográfico, o envelhecimento da população é uma preocupação crescente. Estima-se que em 2050 existirão cerca de 350 milhões de pessoas com 60 anos ou mais<sup>3</sup>. Não é exagero dizer que se trata do maior desafio na saúde pública mundial, apesar do crescimento econômico estar fazendo a sua parte – a proporção de pessoas abaixo da linha de pobreza tem caído consistentemente desde meados da década de 90 do século passado.

Para enfrentar esse gigantesco problema, a China vem implementando, desde 2009, uma reforma no seu sistema de saúde. O drama está em que a reforma é baseada na instituição de três modalidades de seguro-saúde: uma para a população rural, outra para empregados urbanos e a terceira para habitantes urbanos não empregados formalmente – uma variante dos modelos utilizados por vários países da América Latina, uma ou duas décadas antes. As características dos três tipos de seguro são distintas, inclusive no que se refere aos procedimentos cobertos. Este modelo, como

<sup>2</sup> INDEX MONDI. *China Demographics Profile 2013*. Disponível em: <[http://www.indexmundi.com/china/demographics\\_profile.html](http://www.indexmundi.com/china/demographics_profile.html)>. Acesso em: 24 abr. 2012.

<sup>3</sup> UNITED NATIONS POPULATION DIVISION. Disponível em: <<http://esa.un.org/wpp/country-profiles/pdf/156.pdf>>. Acesso em 24 abr. 2012.

já apontamos mais acima, vincula, na prática, a oferta de serviços à capacidade de pagamento dos mesmos. Além disso, os esquemas de seguro cobrem apenas pacientes internados e o ‘pacote’ de procedimentos é considerado bastante restrito<sup>4</sup>.

Uma diferença importante da reforma chinesa em relação às experiências latino-americanas é que o governo chinês vem aumentando sua participação no financiamento e não diminuindo, como ocorre entre nós (em outras palavras, o financiamento público à saúde vem crescendo mais do que o orçamento geral do governo).

Penso que, assim como o que deve ocorrer na Índia, o esforço chinês é admirável. Mas não creio que fuja do ambiente geral de mal-estar na saúde pública. Fazendo uma paródia oposta à assertiva schumpeteriana sobre o capitalismo, a reforma do sistema de saúde na China parece significar uma ‘criação destrutiva’. Em particular, porque ocorre num país cujo regime político tem raízes históricas baseadas em uma proposta de resgate radical da equidade em um modelo socialista.

Não vou me estender sobre as evidências do mal-estar na saúde pública brasileira. As dificuldades do nosso Sistema Único de Saúde (SUS) têm sido objeto de discussão ampla, muito embora de qualidade desigual e, ultimamente, mais rasa. Dentre os analistas de maior rigor conceitual estão alguns que tiveram a ventura (e a coragem) de ter participado da concepção e da construção do SUS, bem como de seu desenvolvimento até os dias de hoje. Entre outros, cito Hesio Cordeiro, Jairnilson Paim, José Carvalho de Noronha e Sônia Fleury, cujas apreciações críticas têm a marca comum de pretender melhorar o sistema e não de destruí-lo de vez. A eles remeto o leitor, para uma apreciação mais fundamentada sobre as dificuldades do SUS e sobre seus remédios.

Mas, sobre o mal-estar na nossa saúde pública, ressalto apenas que, ao ser responsável por menos de 50% dos gastos com saúde no país, o SUS deixa de ser universal no plano fático. No presente, a universalidade do SUS reside exclusivamente em sua realidade ideológica originária.

Devemos a Wanderley Guilherme dos Santos o desenvolvimento do conceito de ‘cidadania regulada’, para definir a dinâmica da ampliação dos direitos políticos e sociais no Brasil<sup>5</sup>. E na nossa história, um dos momentos mais importantes em que a regulação vertical da cidadania – de cima para baixo – esteve associada a uma importante conquista de direitos foi a promulgação da Consolidação das Leis Trabalhistas, em 1943, por Getúlio Vargas. Nela, Getúlio organizou todo o conjunto de dispositivos criados durante seu governo, desde 1930, no campo dos direitos trabalhistas e dos direitos sociais. A regulação da cidadania, no caso, estava em que os novos direitos alcançavam apenas os que estavam no mercado formal de trabalho.

Eu ousaria dizer que o Sistema Único de Saúde foi o principal projeto de política social no Brasil, senão o único a romper com o padrão de cidadania regulada na conquista de direitos sociais. O conceito de universalidade nele estabelecido, a sua inscrição setorial na política de seguridade social (saúde + previdência social + assis-

<sup>4</sup> Em 2011, o governo chinês solicitou à Organização Mundial da Saúde que instituisse uma comissão independente de avaliação da reforma. Essa comissão foi coordenada pelo professor Martin McKee, da London School of Hygiene and Tropical Medicine, e dela participou o ex-Ministro da Saúde brasileiro, José Gomes Temporão. Algumas das informações que lhes passo foram comunicações pessoais dele a mim.

<sup>5</sup> SANTOS, W. G. *Cidadania e Justiça: Política Social na Ordem Brasileira*. Rio de Janeiro: Campus, 1979.

tência social), bem como sua proposta original de financiamento (1/3 do orçamento da seguridade), sustentam a ousadia.

Esse último comentário, eu o faço porque, sob o meu ponto de vista, o presente mal-estar do nosso Sistema Único de Saúde, além de projetar um possível desastre sanitário (caso aumentem as dificuldades atuais), poderá ter um significado sociopolítico de imenso retrocesso no campo das conquistas cidadãs no Brasil.

## O mal-estar no multilateralismo

O uso documentado do termo 'multilateral' para descrever arranjos nas relações internacionais apareceu ainda no século XIX, e o substantivo dele derivado 'multilateralismo' é da década de 20 do século passado<sup>6</sup>.

Além do desenvolvimento de sistemas de proteção social, o período imediatamente posterior à 2ª Guerra Mundial foi também um período de grande impulso do multilateralismo como forma de solucionar controvérsias entre nações. O conceito adquiriu grande importância na arquitetura das relações internacionais a partir do final da 2ª Guerra Mundial, mesmo período, portanto, da constituição das instituições nacionais de bem-estar social. O marco principal da emergência do multilateralismo foi a criação da Organização das Nações Unidas (ONU), em outubro de 1945. Entre 1945 e 1951, foram inauguradas nove organizações multilaterais setoriais associadas à ONU, dentre as quais Fundo para Alimentação e Agricultura (FAO) Fundo para Infância (UNICEF), Educação, Ciência e Cultura (UNESCO), a Organização Internacional do Trabalho (OIT; esta, na verdade, foi reformulada, pois já existia desde 1919), Fundo Monetário Internacional (FMI) e Banco Internacional para Reconstrução e Desenvolvimento (BIRD; ambos bancos de fomento e reconstrução), e a nossa Organização Mundial da Saúde (OMS)<sup>7</sup>.

Como princípio organizativo, o multilateralismo se distingue de outras formas de relacionamento entre nações por três propriedades: a indivisibilidade, os princípios generalizados de conduta e a reciprocidade difusa. A indivisibilidade pode ser pensada como a abrangência (geográfica ou funcional) da distribuição dos custos e benefícios. Os princípios generalizados de conduta significam a exortação de modos uniformes de relacionamento entre Estados, ao invés de relações diferenciadas, caso a caso, na base de preferências individuais. E a reciprocidade difusa ajusta as lentes utilitárias para a mirada de longo prazo e para o conjunto de temas, ao invés do curto prazo e para cada tema<sup>8</sup>.

Nas duas últimas décadas, tem sido bastante discutida o que seria uma crescente crise nas formas multilaterais de relacionamento. Mas, ao longo de todo o debate, parece haver algum consenso de que essa crise teve grande desenvolvimento a partir de três fatos cruciais ocorridos no final do século XX: a imposição da unipolaridade decorrente do colapso da União Soviética, a emergência do neoliberalismo como

<sup>6</sup> LINDSAY, P. In *Defense of Multilateralism*. New Haven, CT: Yale Center for Environmental Law and Policy, 2003.

<sup>7</sup> ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. Disponível em: <<http://www.un.org/en/aboutun/structure/index.shtml>>. Acesso em 13 abr. 2012.

<sup>8</sup> CAPORASO, J. *International Relations Theory and Multilateralism: The Search for Foundations*. International Organization, Cambridge, v. 46, n. 3, p. 600-601, 1992.

referência econômica global hegemônica e o atentado de 11 de setembro de 2001. E de que esses três episódios forneceram aos Estados Unidos os argumentos e as condições objetivas para derivarem de seu histórico sentimento de ‘excepcionalidade’ as possibilidades de impor ao mundo ações unilaterais<sup>9</sup>.

A expressão ‘excepcionalismo americano’ se refere à crença de que os Estados Unidos diferem qualitativamente de todas as demais nações, em decorrência de suas origens, credos nacionais, evolução histórica, valores morais e instituições religiosas e políticas. Aquela expressão é atribuída a Alexis de Tocqueville, que estimou que os Estados Unidos teriam um lugar especial entre as nações porque seriam um país de imigrantes e a primeira democracia dos tempos modernos<sup>10</sup>.

Seguido um pouco mais tarde pela União Europeia e o Japão, os Estados Unidos têm sido a vanguarda mundial na estratégia de abandono da perspectiva multilateral, na diplomacia internacional.

A principal ferramenta a erodir a perspectiva multilateral foi (e ainda é) o constrangimento financeiro imposto às agências do sistema das Nações Unidas. Historicamente, esse constrangimento se expressa pela crescente substituição das contribuições obrigatórias por contribuições voluntárias ao sistema. As primeiras iniciativas nessa direção são do período da Guerra Fria. Ainda nos anos 1950, a uma negativa da União Soviética e da França em alocar recursos orçamentários para financiar o envio de forças de paz da ONU a Suez e ao Congo (que eram previstas estatutariamente), os Estados Unidos se viram desobrigados a acompanhar decisões de alocação de recursos orçamentários em decisões do Conselho de Segurança com as quais não concordassem.

Com a constituição de blocos de países do Hemisfério Sul (anos 1960) e, mais tarde, com o fim da Guerra Fria (anos 1990), a política de doações voluntárias sofreu um deslocamento em sua orientação geopolítica: do contencioso leste-oeste para o contencioso norte-sul. Sofreu ainda um segundo deslocamento: de razões predominantemente político-ideológicas para razões econômico-comerciais. Esses dois deslocamentos têm tido grande intensidade na OMS.

A crítica de facto ao multilateralismo teve início no final da década de 1970, a partir das primeiras manifestações de vetos a contribuições financeiras norte-americanas a determinados programas patrocinados pela ONU. Aprofundou-se em 1985, com a aprovação da Emenda Kassebaum-Solomon, que estabeleceu uma diminuição de 20% da contribuição obrigatória americana ao orçamento da ONU, a menos de uma reforma que aumentasse a participação dos Estados Unidos na formulação daquele orçamento. Em meados dos anos 2000, já era uma política estabelecida pelo Congresso e pelo executivo, contendo vetos financeiros à própria ONU, a seus programas e a outros organismos a ela vinculados<sup>11</sup>.

A relação mais atribulada dos Estados Unidos quanto ao sistema das Nações Unidas vem se dando com a UNESCO – Programa das Nações Unidas para a Edu-

<sup>9</sup> Para um debate entre as principais correntes teóricas a respeito da expansão do poder global, ver FIORI, J. L. Formação, Expansão e Limites do Poder Global. In FIORI, J. L. (org.). *O Poder Americano*. Petrópolis, Editora Vozes, 2004. p. 11-64.

<sup>10</sup> THIMM, J. *American Exceptionalism: Conceptual Thoughts and Empirical Evidence*. Disponível em: <[http://www.politikwissenschaft.tu-darmstadt.de/fileadmin/pg/Sektionstagung\\_IB/Thimm-American\\_exceptionalism.pdf](http://www.politikwissenschaft.tu-darmstadt.de/fileadmin/pg/Sektionstagung_IB/Thimm-American_exceptionalism.pdf)>. Acesso em 13 abr. 2012.

<sup>11</sup> ALVAREZ, J. E. Multilateralism and its Discontents. *European Journal of International Law*, Oxford, v. 11, n. 2, p. 393-411, 2000.

cação, Ciência e Cultura. Em 1984, acompanhados do Reino Unido, os Estados Unidos abandonaram a UNESCO. As razões alegadas foram malfeitos financeiros e desorganização administrativa<sup>12</sup>. Em 2002, após uma reforma realizada na agência, os Estados Unidos retornaram aos seus quadros. Em outubro de 2011, após a admissão da Palestina como seu membro pleno (107 votos a favor, 14 contra e 52 abstenções), os Estados Unidos deixaram de contribuir financeiramente com a agência, situação que até hoje permanece.

As evidências do unilateralismo se expressam de várias maneiras, sendo as mais visíveis as que ocorrem nos terrenos das ações militares, algumas em desrespeito explícito a resoluções do Conselho de Segurança da ONU (invasão do Iraque, por exemplo). Ainda nesse terreno, podem ser citadas a não ratificação do Tratado de Banimento de Experimentos Nucleares (assinado em 1996 e não ratificado em 1999), a não assinatura do Tratado de Banimento de Minas Antipessoais (Tratado de Ottawa) e a retirada do país do Tratado de Banimento de Mísseis Balísticos (assinado em 1972, com a União Soviética). No campo ambiental, a não assinatura do Tratado de Kyoto e, no plano jurídico, a não participação no Tribunal Penal Internacional. Estratégias unilaterais vêm ocorrendo também no âmbito das relações comerciais. Neste, destaca-se o distanciamento progressivo dos Estados Unidos da Organização Mundial do Comércio, em benefício de acordos comerciais bilaterais de livre comércio (na América Latina, celebrados com Colômbia, Peru, Chile, quase todos os países da América Central, além do México, por força da participação deste no Tratado Norte-Americano de Livre Comércio (NAFTA). Como veremos mais adiante, nesses acordos há dispositivos importantes no campo da saúde, em particular, em aspectos relativos a acesso a medicamentos e propriedade intelectual.

Finalmente, nos últimos anos, vem sendo executado um tipo especial de relação entre países, que se poderia denominar ‘multilateralismo a convite’, no qual grupos de países estabelecem diretrizes sobre determinados temas e as aplicam unilateralmente, mesmo quando ferem interesses de outros países ou regiões que não tenham participado do estabelecimento das mesmas. Essa modalidade se desenvolve hoje em dia, por exemplo, no *Anti Counterfeiting Trade Agreement* (ACTA), que cuida dos interesses de propriedade intelectual dos países desenvolvidos, inclusive de medicamentos.

Além das contribuições financeiras obrigatórias devidas pelos países-membros, o sistema ONU prevê dois tipos de contribuições voluntárias, chamadas de ‘core’ e ‘non-core’. Nas primeiras, os corpos diretivos das agências mantêm a governabilidade sobre a utilização dos recursos financeiros. Nas segundas, a utilização dos recursos é 100% controlada pelo doador. A evolução temporal das contribuições a todo o sistema ONU entre 1994 e 2009 foi a seguinte, em bilhões de dólares constantes de 2008 (valores aproximados)<sup>13</sup>:

<sup>12</sup> The decision to withdraw from UNESCO has been made by President Reagan on the recommendation of the Secretary of State. (2) The recommendation is based on the following observations: UNESCO has extraneously politicized virtually every subject it deals with, has exhibited hostility toward the basic institutions of a free society, especially a free market and a free press, and has demonstrated unrestrained budgetary expansion. (3) The Bureau of International Organization Affairs has undertaken “policy reviewing” on US - UNESCO relations, and we have come to the conclusion that continued US membership in UNESCO will not benefit the country. (Main purport of the statements made by US State Department. Washington: UNESCO, 1984. Disponível em: <<http://www.unesco.org/jp/meguro/reprint/rejoin.htm>>. Acesso em 19 abr. 2012.

<sup>13</sup> As informações deste parágrafo foram extraídas de: GRAHAM, E. R. *Money, Power and the United Nations: Examining the Causes and Consequences of Voluntary Funding*. 2012. Disponível em: <[http://www.princeton.edu/politics/about/file-repository/public/Graham-IR\\_Colloquium\\_Draft.pdf](http://www.princeton.edu/politics/about/file-repository/public/Graham-IR_Colloquium_Draft.pdf)>. Acesso em: 25 abr. 2012.

Tabela 1. **Contribuições financeiras voluntárias aos sistema das Nações Unidas em 1994 e 2009, segundo a modalidade da contribuição**

	1994	2009
'core'	6	6
'non-core'	4	31

Fonte: Elaboração Própria.

Na composição agregada da proposta orçamentária da OMS para o ano fiscal 2010-2011, as contribuições obrigatórias dos países-membros representaram 17,3% (US\$ 980,7 milhões), as contribuições voluntárias 'core' 12,3% (US\$ 700 milhões) e as contribuições voluntárias 'non-core', 70,4% (US\$ 4.002,9 milhões)<sup>14</sup>.

A crise econômica atual nos países do Norte tem acrescentado ingredientes importantes na debilitação da OMS (e, por certo, de todo o sistema multilateral). Na penúltima sessão da Assembleia Mundial, realizada em maio de 2011, a Diretora-Geral obteve a aprovação de uma redução de US\$ 1 bilhão no orçamento da OMS e anunciou a dispensa de 300 funcionários baseados na sede de Genebra (Suíça). Essas demissões representam 12,5% da força de trabalho na sede.

Ainda uma última observação sobre as doações voluntárias à OMS: até aqui, tratamos de doações voluntárias realizadas por governos nacionais, em particular, governos dos países desenvolvidos. Entretanto, mais recentemente, entidades filantrópicas passaram a ter presença cada vez maior como doadoras. O papel da filantropia privada no enfraquecimento do multilateralismo é um tema deste novo século e inteiramente aberto à análise. Desenvolveu-se na esteira da crítica às deficiências gerenciais das iniciativas estatais e da 'descoberta' do chamado Terceiro Setor como alternativa àquelas apontadas deficiências.

O campo da saúde pública, especialmente nos países em desenvolvimento, tem sido um terreno importante de atuação da filantropia, mediante a atuação de Organizações Não Governamentais (ONGs). O combate às doenças transmissíveis é o seu alvo principal e a eclosão da epidemia global de HIV/AIDS foi um dos principais estímulos para a sua multiplicação.

Em 2001, a OMS criou uma 'Iniciativa da Sociedade Civil', com o intuito de organizar o seu relacionamento com as ONGs. Em 2003, havia 189 delas formalmente vinculadas à iniciativa, 240 outras com vínculos com a OMS, mas ainda fora da iniciativa, e, "provavelmente, várias centenas de ONGs relacionadas à OMS em nível regional ou nacional". Em 2003, com a troca do Diretor-Geral, o programa foi esquecido<sup>15,16</sup>.

<sup>14</sup> DRAFT PROPOSED PROGRAMME BUDGET 2010–2011. Disponível em: <[http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/MTSP-08-13-PPB-10-11/PPB-1en.pdf](http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/MTSP-08-13-PPB-10-11/PPB-1en.pdf)>. Acesso em 25 abr. 2012.

<sup>15</sup> LANORD, C. A study of WHO's Official Relations system with Nongovernmental Organizations. Geneva: World Health Organization, jun. 2002.

<sup>16</sup> LEE, K. Civil Society Organizations and the Functions of Global Health Governance: What Role Within Intergovernmental Organizations? *Global Health Governance*, New Jersey, v. III, n. 2, 2010. Disponível em: <[www.ghgj.org/Lee\\_CSOGs.pdf](http://www.ghgj.org/Lee_CSOGs.pdf)>. Acesso em: 26 abr. 2012.

Creio estar fora de qualquer disputa uma série de aspectos positivos na atuação das ONGs no campo da saúde. Além de alguns resultados relevantes na sua atuação específica, elas têm sido, de modo geral, aliadas nas causas dos países em desenvolvimento, contra as posições dos países do 'norte' nas Assembleias Mundiais da Saúde e em outros fóruns, dentro e fora da OMS. Entretanto, objetivamente, malgrado suas próprias intenções, contribuem para fragilizar o papel da OMS, posto que elas são o destino de recursos financeiros que poderiam ser gerenciados por um organismo multilateral.

Um bom exemplo desse duplo papel está no apoio à pesquisa, ao desenvolvimento e à produção de novas abordagens no campo das doenças tropicais negligenciadas, da malária, da tuberculose e do HIV/AIDS. Nesse terreno, onde a OMS cumpre historicamente um papel de destaque, na última década, tem sido crescente a presença dessas entidades filantrópicas. Essa presença dá-se, muitas vezes, em associação com a própria OMS, mas, cada vez mais, cria seus próprios canais de gestão técnica e financeira. O exemplo mais importante nessa modalidade de atuação tem sido a crescente esterilização do Programa Especial de Pesquisa e Treinamento em Doenças Tropicais (TDR), criado e gerido pelo conjunto OMS/UNICEF/ *United Nations Development Programme* (UNDP)/Banco Mundial, em benefício de várias ONGs financiadas pela Fundação Bill e Melinda Gates, por outras entidades filantrópicas e por governos nacionais.

A organização filantrópica mais poderosa existente hoje em dia foi criada em 2002 e possui uma carteira de doações já realizadas e prometidas até 2013, de cerca de US\$ 29 bilhões. Trata-se do Fundo Global para o Combate a AIDS, Tuberculose e Malária. A imensa maioria de suas receitas é oriunda de doações governamentais (aproximadamente 95%), fundamentalmente dos países da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OECD). É governada por um comitê de 20 membros escolhidos por um complexo processo interno e possui normas de concessão e acompanhamento rigorosos<sup>17</sup>.

Luiz Hildebrando Pereira da Silva é um conceituado pesquisador brasileiro que criou um centro de pesquisas sobre malária em Rondônia, este que hoje faz parte da rede de unidades da Fundação Oswaldo Cruz. Sobre suas relações com o Fundo Global, deu recentemente o seguinte depoimento:

Quando obtivemos do Fundo Global da OMS, em 2010, recursos para o controle da malária, fomos forçados pelo doador – o Fundo – a reservar US\$ 20 milhões do auxílio para compra e instalação de mosquiteiros impregnados de inseticidas nas campanhas de controle. Ora, o uso de mosquiteiros impregnados, tão apreciados pelo Fundo Global da OMS, não tem nenhuma comprovação de utilidade para o tipo de malária que temos na Amazônia. Independentemente disso, receber auxílio financeiro carimbado com o tipo de medida a ser financiada e utilizada contraria os mais básicos princípios de autonomia administrativa da República. Mais grave ainda é o fato de a OMS exigir que a gestão dos recursos fosse feita não pelo Ministério da Saúde, mas por uma entidade privada que foi montada e credenciada<sup>18</sup>.

Hildebrando se equivoca quando atribui à OMS a origem das regras e do constrangimento. Nesse caso, o papel da OMS é apenas o de uma agenciadora de pro-

<sup>17</sup> GLOBAL FUND RESULTS REPORT 2011: making a difference. Geneva: The Global Fund, 2012. p. 39. Disponível em: <<http://www.theglobalfund.org/en/library/publications/progressreports/>>. Acesso em 10 jun 2012.

<sup>18</sup> REVISTA FAPESP. Edição especial 50 anos, maio 2012. p. 17-18.

jetos. Participa do comitê como membro sem direito a voto<sup>19</sup>. As regras são emanadas do próprio Fundo. Não se trata, aqui, de discutir as normas, mas de apontar a inversão de papéis entre a OMS e um fundo filantrópico de financiamento a ações de saúde. Ressalto que não se trata de um projeto de pesquisa, mas da profilaxia da malária na região.

Até agora, discutimos as formas de atuação. Vale a pena expor as razões substantivas, os temas mais relevantes que levaram, no âmbito da OMS, ao desenvolvimento de estratégias unilaterais por parte dos países desenvolvidos. São vários, mas gostaria de ressaltar aquele que nos últimos 35 anos vem se destacando.

Se no caso da UNESCO o contencioso foi essencialmente político-ideológico, no caso da OMS ele diz respeito a impactos potenciais decorrentes de decisões da agência ligadas à produção, à distribuição e ao acesso a medicamentos e a outros produtos industriais de saúde. Contenciosos comerciais, portanto.

Desde meados da década de 70 do século passado, um tema geral governa o dissenso norte-sul na OMS e alimenta a crescente erosão do multilateralismo na saúde. Ele trata das estratégias de ampliação do acesso a medicamentos nos países em desenvolvimento. O dissenso tem se manifestado através de dois aspectos mais específicos: a instituição de listas de medicamentos essenciais pela OMS e pelos países-membros – tema hoje relativamente pacificado – e a discussão sobre o impacto do regime de proteção à propriedade intelectual mediante patentes no acesso a medicamentos. Ao contrário dos medicamentos essenciais, esse tema está vivo e tem sido objeto de grandes debates nas últimas sessões da Assembleia Mundial da Saúde.

O contencioso sobre as listas teve início em 1975, na 28ª Assembleia Mundial. Esta recomendou à OMS que preparasse uma lista de medicamentos essenciais e instasse os países-membros que a aplicassem, assegurados qualidade e preço. A primeira lista foi publicada em 1977 e continha 186 medicamentos em 205 apresentações<sup>20</sup>.

A oposição ao conceito de medicamentos essenciais<sup>21</sup> e às listas dos mesmos veio inicialmente da indústria farmacêutica. Já em 1987, a Federação Internacional das Associações de Produtores Farmacêuticos criticava o conceito que, se aplicado “poderia resultar em cuidado médico subótimo e reduzir os níveis de saúde”<sup>22</sup>. Em resposta a uma iniciativa do senado italiano de instituir uma lista de medicamentos essenciais, a indústria daquele país declarava que “se eles [a OMS] querem transformar a Itália num país do Terceiro Mundo, este é o caminho”<sup>23</sup>.

O tema foi revisitado em várias ocasiões e fóruns na OMS e o dissenso entre países-membros aprofundou-se com a assinatura dos acordos TRIPS (*Agreement on Trade-Related Aspects of Intellectual Property Rights*) em 1994, no âmbito da Organi-

<sup>19</sup> BOARD MEMBERS. Geneva: The Global Fund, 2012. Disponível em: <<http://www.theglobalfund.org/en/board/members/>>. Acesso em 10 jun 2012.

<sup>20</sup> Todas as informações sobre o contencioso dos medicamentos essenciais foram obtidas do artigo de revisão de autoria de Richard Laing e colaboradores publicado em *The Lancet* em 2003. LAING, R. et al. 25 Years of the WHO Essential Medicines List: Progress and Challenges. *The Lancet*, Oxford, v. 361, p. 1723-1729, may 2003.

<sup>21</sup> Medicamentos essenciais são aqueles que satisfazem as necessidades prioritárias de cuidado à saúde da população. Listas de Medicamentos Essenciais sustentam o fornecimento sistemático de medicamentos nos sistemas de saúde. THE WORLD MEDICINES SITUATION 2011: selection of essential medicines. Disponível em: <<http://apps.who.int/medicinedocs/documents/s18770en/s18770en.pdf>>. Acesso em 3 maio 2012.

<sup>22</sup> LAING, R. et al. 25 Years of the WHO Essential Medicines List: Progress and Challenges. *The Lancet*, Oxford, v. 361, p. 1723-1729, may 2003. No original; “could result in sub-optimal medical care and might reduce health standards”.

<sup>23</sup> LAING, R. et al. 25 Years of the WHO Essential Medicines List: Progress and Challenges. *The Lancet*, Oxford, v. 361, p. 1723-1729, may 2003. No original; “If they want to turn Italy into a third world country, this is the way to go about it”.

zação Mundial do Comércio. Em resumo, esses acordos estabeleceram uma política de propriedade intelectual restritiva e homogênea (na linguagem diplomática, ‘harmonizada’) para todos os países-membros da OMC, muitos dos quais, até então, não reconheciam patentes para medicamentos (dentre os quais, o Brasil). Em 2001, com a Declaração de Doha, também no âmbito da OMC, a partir de uma iniciativa da África do Sul, os países em desenvolvimento obtiveram êxito em flexibilizar os acordos TRIPS, estabelecendo que a defesa da propriedade intelectual não deveria sobrepor-se ao acesso das populações aos medicamentos essenciais.

Neste mesmo ano (2001), pela primeira vez, os Estados Unidos criticaram publicamente a política das listas de medicamentos essenciais, em particular, no que se referia a sua aplicabilidade nos países desenvolvidos, aos custos de alguns medicamentos e à inclusão, nas listas, de medicamentos patenteados<sup>24</sup>.

Em 2007, 134 países apresentavam uma lista de medicamentos essenciais e a maioria deles as havia atualizado nos últimos cinco anos imediatamente anteriores<sup>25</sup>. No Brasil, a lista de medicamentos essenciais é a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME). Foi criada em 1964 e encontra-se na sétima edição – Rename 2010. Contém 343 fármacos contidos em 574 apresentações farmacêuticas<sup>26</sup> e orienta a política de assistência farmacêutica básica do SUS.

A questão do impacto das patentes no acesso a medicamentos é mais recente e está ainda em aberto. Foi introduzida na OMS a partir das regras emanadas do estabelecimento das flexibilidades dos acordos TRIPS de 2001. Em 2003, entrou oficialmente na pauta política da OMS. Embora exista uma extensa bibliografia disponível, acredito que uma revisão crítica da trajetória integral dos debates sobre o assunto na OMS nesses quase dez anos ainda está para ser elaborada. O dissenso coloca em oposição, por um lado, os países-membros detentores de patentes e países que estabeleceram acordos comerciais com aqueles: por outro, a maioria dos países que não detêm patentes. A maior parte dos primeiros está situada no Hemisfério Norte e a maior parte dos segundos no Hemisfério Sul.

Segue resumo da evolução da questão:

Sob a influência da instituição das flexibilidades nos acordos TRIPS, deu-se, na Assembleia Mundial da Saúde, em 2003, o início formal dos debates sobre patentes e saúde pública. Em uma de suas resoluções, a direção da OMS foi instada a organizar uma comissão de experts para analisar as relações entre “direitos de propriedade intelectual, inovação e saúde pública”. Em resposta, foi criada, em 2004, uma comissão de especialistas que ficou conhecida por *Commission on Intellectual Property, Innovation and Health* (CIPIH) e que deveria apresentar seu relatório em 2005. Isso não foi possível e o relatório apareceu apenas em 2006. As razões do adiamento foram bem sintetizadas por um de seus membros, o professor Carlos Correa, da Universidade de Buenos Aires<sup>27</sup>. Ele aponta uma excessiva ampliação do escopo dos trabalhos e

<sup>24</sup> LAING, R. et al. 25 Years of the WHO Essential Medicines List: Progress and Challenges. *The Lancet*, Oxford, v. 361, p. 1723-1729, may 2003.

<sup>25</sup> WORLD HEALTH ORGANIZATION. The World Medicines Situation 2011. 3. ed. Geneva: WHO, 2011. Disponível em: <<http://apps.who.int/medicinedocs/documents/s18770en/s18770en.pdf>>. Acesso em 3 maio 2012.

<sup>26</sup> BRASIL. Ministério da Saúde. *Portal da saúde*. Disponível em: <[http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/visualizar\\_texto.cfm?idtxt=32820&janela=1](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/visualizar_texto.cfm?idtxt=32820&janela=1)>. Acesso em 3 maio 2012.

<sup>27</sup> CORREA, C. Do patents work for public health? *Bulletin of the World Health Organization*, Geneva, v. 84, n. 5, p. 337-424, may 2006. Disponível: <[http://www.who.int/bulletin/volumes/84/5/interview\\_0506/en/index.html](http://www.who.int/bulletin/volumes/84/5/interview_0506/en/index.html)>. Acesso em 7 maio 2012.

o grande dissenso entre participantes da comissão como responsáveis pelo atraso. Um pequeno escândalo veio também à luz, quando lobistas da indústria farmacêutica foram flagrados fazendo anotações diretamente no rascunho do relatório da comissão. Fracassado o CIPIH em cumprir sua missão, a Assembleia Mundial de 2006 determinou à direção da OMS a criação de um fórum intergovernamental constituído por todos os países-membros que o desejassem, para dar continuidade ao debate sobre o mesmo tema, muito embora com outra hierarquização de prioridades. Esse fórum, que terminou com a participação de mais de 100 países, ficou conhecido por *Interagency Gender Working Group* (IGWG) e o seu tema passou a ser: “Saúde pública, inovação, pesquisa essencial em saúde e direitos de propriedade intelectual”. Os direitos de propriedade intelectual, que eram a ‘cabeça’ do tema no CIPIH, passaram a ser a ‘cauda’ do temário no IGWG. O relatório final foi apresentado na Assembleia Mundial de 2008, que aprovou uma “Estratégia Global e Plano de Ação sobre Saúde Pública, Inovação e Propriedade Intelectual” com oito pontos<sup>28</sup>. As relações entre o regime de patentes e a saúde pública é o ponto de número cinco e a abordagem da questão é posta da seguinte diluída maneira: “(5) aplicação e gerenciamento da propriedade intelectual para contribuir com a inovação e promover a saúde pública”.

A assembleia de 2008 instou, ainda, a direção da OMS a criar outro grupo de especialistas (‘Grupo de Trabalho de Experts’), cuja missão era circunscrita ao ponto de número sete da agenda (‘promover mecanismos de financiamento sustentáveis [à P&D]’). Como se vê, a expressão executiva da resolução da assembleia, que foi o grupo de experts, eliminou a questão básica desde 2003, que era as relações entre patentes e saúde pública. Esse grupo de experts ficou conhecido por *Environmental Working Group* (EWG).

O round seguinte ocorreu na Assembleia Mundial de 2010, na qual o relatório do EWG foi rejeitado por vários motivos, entre os quais o conflito de interesses com a indústria manifestado por alguns de seus membros. A isso, a assembleia reagiu com uma resolução que criava um novo grupo de experts que, num aspecto importante, se diferenciou do anterior. Enquanto os experts do EWG foram escolhas *ad-hoc* feitas pela Diretora-Geral, a partir de sugestões dos países, os experts do novo ‘Grupo de Trabalho Consultivo sobre Pesquisa e Desenvolvimento’ foram indicados pelas instâncias regionais da OMS a partir de indicações realizadas pelos países de cada região. Esse novo grupo ficou conhecido por *Community Epidemiology Work Group* (CEWG). Apresentou seu relatório recentemente, na Assembleia Mundial de maio de 2012 e após grande resistência dos países detentores de patentes e de seus aliados políticos. A principal resolução da mesma foi a de recomendar um posicionamento formal dos países-membros acerca de uma Convenção Vinculante que poderá obrigar, entre outros aspectos, a vinculação de 0,01% do valor dos PIBs nacionais para o financiamento de pesquisas em saúde e a concordância de uma governança desses recursos por parte da OMS. Esse processo deverá estar concluído até o final deste ano e será discutido pela assembleia de 2013<sup>29</sup>. Não creio que haja razões para qualquer entusiasmo quanto a um desfecho favorável da questão.

<sup>28</sup> Os elementos são:

(1) prioritizing research and development needs; (2) promoting research and development; (3) building and improving innovative capacity; (4) transfer of technology; (5) application and management of intellectual property to contribute to innovation and promote public health; (6) improving delivery and access; (7) promoting sustainable financing mechanisms; and (8) establishing and monitoring reporting systems. PUBLIC HEALTH, INNOVATION AND INTELLECTUAL PROPERTY: global strategy and plan of action. Disponível em: <[http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/EB126/B126\\_6-en.pdf](http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB126/B126_6-en.pdf)>. Acesso em 7 maio 2012.

<sup>29</sup> Comunicação pessoal ao autor por parte da Drª Claudia Chamas, representante da região das Américas no CEWG.

Alguém poderia argumentar que essa já longa disputa política na OMS não reflete exatamente uma estratégia de esvaziamento político, mas apenas o exercício de práticas políticas aceitáveis, sempre dentro do quadro normativo da própria OMS (grupos de interesse, opinião de experts, decisões do diretor-geral e do secretariado, assembleias mundiais etc.). Eu poderia estar de acordo com essa interpretação não fossem duas questões relevantes. A primeira é que o debate não é simétrico em termos de instrumentos reais de poder; pois, se é verdade que os dois lados possuem seus argumentos retóricos e práticos e deles livremente lançam mão, apenas um dos lados detém o poder de manter, mais além do debate específico, toda a organização sob seu controle, mediante as contingências financeiras. E a segunda questão é que, pelos seus efeitos restritivos ao acesso a medicamentos por milhões de pessoas, o debate, cada vez mais, se desloca do terreno da política e atinge, em cheio, o terreno da moralidade.

Como mencionei mais acima, a questão da relação entre a proteção à propriedade intelectual mediante patentes e a saúde pública continua em aberto na OMS. Mas, apesar disso, a impressão que fica é a de que, pela vertente da saúde pública, o modo como o debate é posto hoje está muito empobrecido em relação a 2003. Penso a diluição do temário através da ampliação desmedida de seu escopo e o conflito de interesses com a indústria como as duas razões que dificultam o avanço do debate<sup>30</sup> e que essas razões têm sido a base de uma estratégia mais geral de esterilização de um item crucial, que é a ampliação do acesso a medicamentos nos países em desenvolvimento. E, ainda, que essa estratégia tem como efeito colateral contribuir com o esvaziamento da OMS enquanto fórum multilateral privilegiado para debater esse tema.

Infelizmente, o mal-estar no multilateralismo tem tido na OMS um terreno fértil para se manifestar. Em paralelo ao seu crescente estrangulamento financeiro, as razões comerciais envolvidas nos dois grandes debates vigentes desde meados da década de 1970 – as listas de medicamentos essenciais e as relações entre patentes e saúde pública – têm sido a pedra de toque substantiva da crise do multilateralismo na saúde. E, além disso, os limitados resultados até agora alcançados na perspectiva da expansão do acesso a medicamentos pelos pobres do mundo vêm cada vez mais modelando uma crise ética que, pela sua relevância, merece um comentário específico neste ensaio.

## O mal-estar ético na saúde pública

Bioética e saúde pública, ambas territórios demarcados por campos disciplinares e de prática, são fundamentadas, aquela na filosofia e esta na ciência. A primeira, bastante recente e a segunda, já uma velha senhora de 250 anos.

A saúde pública tem sido objeto de reflexão e revisão, tanto nos aspectos ligados à sua prática quanto na delimitação dos fundamentos científicos de que lança mão. Na discussão do seu campo de prática, entre outras, ressalta a reflexão de Paim e Almeida Filho<sup>31</sup>, quando cotejam o campo da saúde pública com o da saúde coletiva.

<sup>30</sup> CORREA, C. Do patents work for public health? *Bulletin of the World Health Organization*, Geneva, v. 84, n. 5, p. 337-424, may 2006. Disponível: <[http://www.who.int/bulletin/volumes/84/5/interview\\_0506/en/index.html](http://www.who.int/bulletin/volumes/84/5/interview_0506/en/index.html)>. Acesso em 7 maio 2012.

<sup>31</sup> PAIM, J. S.; ALMEIDA FILHO, N. *A Crise na Saúde Pública e a Utopia da Saúde Coletiva*. Salvador: Casa da Qualidade Editora, 2000.

Por outro prisma, uma revisão de suas fronteiras e dos fundamentos científicos que a alimentam está ainda em fase embrionária de discussão. Por exemplo, tem sido preocupação deste autor a mudança da geografia disciplinar da pesquisa em saúde pública com a incorporação acelerada, e muito pouco percebida e analisada, de descobertas derivadas da biologia molecular em seu armamentário<sup>32</sup>.

Quanto à bioética, cujo nascimento é atribuído ao oncologista norte-americano Van Rensselaer Potter, em 1970, é considerada uma das “éticas aplicadas” que vieram ao mundo depois da 2ª Guerra Mundial<sup>33</sup>. Recentemente foi sugerida uma taxonomia de intervenções bioéticas no campo da saúde humana<sup>34</sup>, da qual me aproprio para indicar a grande abrangência atual da bioética nas práticas de saúde. São elas: (1) a bioética como aplicação de princípios morais aos problemas biomédicos em geral; (2) a bioética enquanto metodologia para conseguir julgamentos morais de casos clínicos; (3) a bioética aplicada à investigação pública da dimensão moral dos problemas sanitários.

Faço agora uma constatação que, muito provavelmente, não passaria pelo crivo de um epidemiologista minimamente equipado. Uma constatação baseada em evidências francamente insuficientes para os padrões de um ambiente acadêmico bem constituído, pois ela decorre apenas de minhas experiências pessoais no Ministério da Saúde e na Fundação Oswaldo Cruz durante toda a primeira década deste século.

A constatação é que estou convencido de que os dilemas morais postos no campo da saúde de que temos tido notícia e mesmo vivenciado – não apenas no Brasil – possuem duas raízes, essencialmente. A primeira delas é a crescente tensão entre o acesso a dispositivos de proteção à saúde e interesses comerciais, em particular, o acesso a produtos industriais. O exemplo mais contundente dessa tensão, em nível global, foi apresentado na seção anterior e se refere à aplicação das regras de proteção à propriedade intelectual baseada em patentes e o acesso a medicamentos. A segunda raiz dos dilemas morais no campo da saúde humana é a crescente e avassaladora participação das tecnociências nas intervenções sobre corpos e mentes, visando a melhorar sua saúde.

Em seus fundamentos básicos, as regras do regime de patentes tais como as compreendemos hoje em dia foram instituídas no final do século XIX, por ocasião da Convenção de Paris sobre Propriedade Industrial (1883)<sup>35</sup>. Segundo esses princípios, as patentes são monopólios temporários (atualmente duram 20 anos, na maioria dos casos) cujos principais objetivos declarados são privilegiar e estimular o gênio inventivo dos indivíduos e prover o inventor de uma retribuição financeira dos gastos relativos ao processo de invenção.

<sup>32</sup> GUIMARÃES, R. *Ciência, Tecnologia e Saúde Pública: uma longa jornada*. In: CONFERÊNCIA proferida no Instituto de Saúde Coletiva da UFBA. *Anais...* Salvador: UFBA, 2010.

<sup>33</sup> CARVALHO FORTES, P. A.; PAVONE ZOBOLI, E. L. C. Bioética e Saúde Pública: entre o individual e o coletivo. In: \_\_\_\_\_. (orgs.). *Bioética e Saúde Pública*. 3. ed. São Paulo: Edições Loyola, 2009.

<sup>34</sup> REICHLIN, M. apud SCHRAMM, F. R. Nihilismo tecnocientífico, holismo moral e a bioética global de V. R. Potter. *História, Ciências, Saúde, Manguinhos*, v. IV, n. 1, p. 95-115, mar.-jun. 1997.

<sup>35</sup> VAN DIJK, T. *The economic theory of patents: a survey*. Maastricht: Maastricht Economic Research Institute on Innovation and Technology, 1994. Disponível em: <<http://www.merit.unu.edu/publications/rmpdf/1994/rm1994-017.pdf>>. Acesso em 17 maio 2012.

Vale, no entanto, notar que o conceito de patentes é muito mais antigo, remontando à Europa do final da Idade Média e início do Renascimento. E que, em suas origens, significava uma concessão feita pelo ‘Príncipe’ para induzir a transferência e a abertura de tecnologias desenvolvidas no exterior. De certo modo, essa ideia é o oposto do conceito moderno, de monopólio temporário<sup>36</sup>.

Entretanto, ao longo do século XX, emergiram dois fenômenos inexistentes por ocasião da instituição do regime de patentes do final do século XIX. Foram fenômenos independentes, até certo ponto concomitantes e sinérgicos. O primeiro foi o desenvolvimento dos mercados de consumo de massa de produtos industriais nas primeiras décadas do século XX e, em uma segunda onda, após a 2ª Guerra Mundial, nos Estados Unidos<sup>37</sup>; e, desde então, para outras partes do mundo. O segundo é um produto da tecnificação do cuidado à saúde. Em outros termos, a inclusão de produtos industriais com alto grau de incorporação de tecnologias de base científica como itens fundamentais na prática dos sistemas de saúde e, em consequência, sua crescente presença como produtos dos mercados de consumo de massa.

É possível argumentar que o desenvolvimento dos mercados de consumo de massa vem produzindo apenas o acirramento de conflitos comerciais entre firmas concorrentes, não apenas tolerados, mas até considerados necessários à criação de riqueza e ao desenvolvimento econômico, pelo menos nos marcos do sistema capitalista. Entretanto, quero argumentar que duas especificidades fazem com que, no terreno da saúde pública, além de conflitos comerciais, esse desenvolvimento esteja produzindo também impactos no campo ético.

Em termos mundiais, os dois segmentos industriais nos quais o regime de proteção à propriedade industrial por patentes é mais dinâmico e produtor de controvérsias são a indústria eletroeletrônica, em particular, nas tecnologias de comunicação e informação, e as indústrias do complexo da saúde, em particular, a de medicamentos e, mais recentemente, a de vacinas. A primeira especificidade eu a apresento tomando de empréstimo da economia, embora de modo bastante imperfeito, o conceito de ‘elasticidade econômica’. Suspeito que na indústria da saúde vigore um grau bem maior de ‘inelasticidade’ do que, por exemplo, no complexo das tecnologias de informação e comunicação.

A ausência de consumo de parafernália eletrônica é tolerável e impacta em termos apenas modestos o bem-estar das pessoas. Tomado o argumento de outra maneira, a da desigualdade, talvez não seja tão importante que se consuma mais iPads *per capita* no Canadá do que na Bolívia. Além disso, mesmo para aqueles que acham que não podem viver sem a parafernália, é possível elaborar uma ampla hierarquia na adesão a ela – poucos ou muitos equipamentos; equipamentos mais ou menos sofisticados etc. No que toca a indústria da saúde, os graus de liberdade são francamente mais restritos, principalmente no terreno de medicamentos e vacinas. Não apenas

<sup>36</sup> DAVID, P. A. Intellectual Property Institutions and the Panda's Thumb: Patents, Copyrights, and Trade Secrets in Economic Theory and History. In: WALLERSTEIN, M. B.; MOGEE, M. E.; SCHOEN, R. A. (eds). *Global Dimensions of Intellectual Property Rights in Science and Technology*. Washington: National Research Council, 1993. Disponível em: <[http://www.nap.edu/openbook.php?record\\_id=20548&page=51](http://www.nap.edu/openbook.php?record_id=20548&page=51)>. Acesso em 17 maio 2012.

<sup>37</sup> COHEN, L. A consumer's republic: The politics of mass consumption in postwar America. *Journal of Consumer Research*, Madison, v. 31, n. 1, p.236-239, 2004. Disponível em: <[http://dash.harvard.edu/bitstream/handle/1/4699747/cohen\\_conrepublic.pdf?sequence=2](http://dash.harvard.edu/bitstream/handle/1/4699747/cohen_conrepublic.pdf?sequence=2)>. Acesso em 15 maio 2012.

porque no mundo de hoje não se pode viver sem eles, como também porque se pode morrer se a eles não se tem acesso.

É dessa maior ‘inelasticidade’ que decorre a segunda especificidade. Diferentemente de outros segmentos industriais, patentes e produtos de saúde geram conflitos morais importantes porque a vida e a saúde são direitos humanos fundamentais. De resto, entre nós, direitos inscritos na Constituição Federal desde 1988.

Nessa ordem de argumentos, gostaria de mencionar um exemplo de dilema moral relevante colocado recentemente para a saúde pública brasileira, que tem sido chamado de ‘judicialização da saúde’. Este é um nome popular dado ao efeito provocado pelo cruzamento entre uma brecha interpretativa do conceito de integralidade inscrito na lei que criou o SUS e a busca, por parte da indústria farmacêutica, da ampliação do fornecimento de medicamentos pagos pelo governo ao arrepio de avaliações adequadas do custo-efetividade dos mesmos. Na prática, a ‘judicialização’ se expressa por demandas judiciais para a garantia do acesso a produtos e serviços não oferecidos pelas normas em vigor no sistema público de saúde. No ano de 2011, as despesas do Ministério da Saúde com medicamentos obtidos por decisões judiciais atingiram R\$ 243 milhões. Essa não é a maior parte das despesas. Em 2010, o Estado de São Paulo, segundo a mesma fonte, gastou R\$ 700 milhões<sup>38</sup>.

A chamada ‘judicialização’ estabeleceu, aliás, um dilema moral mais complexo do que o habitual, e isso por duas razões. A primeira é que habitualmente as tensões entre o monopólio temporário e o acesso se expressam por uma restrição a este. No caso da ‘judicialização’, a tensão se expressa por uma extensão ‘não racional’ do acesso. A segunda razão é que o dilema se ampara não em uma oposição simples entre dois interesses (acesso a produtos e interesse comercial), mas na confluência de três interesses, a saber: (1) o direito cidadão ao cuidado integral à saúde; (2) os interesses comerciais das firmas produtoras de medicamentos; (3) as dificuldades do SUS expressas, por um lado, nas insuficiências de seu financiamento e, por outro, na fragilidade do seu ainda incipiente aparato de avaliação tecnológica.

Para examinar o que considero a segunda raiz na produção de dilemas morais no campo da saúde, parto do conceito de tecnociências em sua acepção original, proposta pelo filósofo belga Gilbert Hottois em 1978. Trata-se do emaranhamento entre as esferas da criação de conhecimento com base em metodologia científica e do desenvolvimento de técnicas que visam tanto a aplicações práticas daquele conhecimento na esfera produtiva, quanto à potencialização da reprodução e do avanço da própria ciência.

Grande parte desses dilemas morais se desenvolveu a partir dos avanços na compreensão dos mecanismos biológicos a nível molecular. E, demonstrando a inter-relação entre os três níveis do estatuto epistemológico da bioética que mencionamos acima (biomédico, clínico e de saúde pública), os dilemas morais decorrentes das manifestações tecnocientíficas oriundas dos avanços da biologia molecular distribuem-se ampla e igualmente nas práticas de pesquisa laboratorial, nas intervenções clínicas

<sup>38</sup> SEGATTO, C. O paciente de R\$ 800 mil. *Revista Época*, São Paulo, 23 mar. 2012. Disponível em: <revistaepoca.globo.com/tempo/noticia/2012/03/o-paciente-de-r-800-mil.html>. Acesso em 15 maio 2012.

e nas decisões no campo das políticas de saúde. A esses campos, eu ainda agregaria dilemas decorrentes de tensões entre avanços tecnocientíficos e padrões culturais não hegemônicos. Nesse quesito, ressalta, em nosso país, as dificuldades de conciliar o acesso ao patrimônio genético com finalidades de pesquisa e desenvolvimento com os direitos adquiridos *utis possidetis* por populações detentoras de padrões culturais distintos (indígenas, caboclos, quilombolas etc.)

Temos tido, no Brasil, uma série de episódios relativos a dilemas morais decorrentes dos avanços tecnocientíficos. Dentre eles, podemos citar a definição do conceito de morte com vistas a transplantes de órgãos, o debate sobre o acesso ao patrimônio natural e os direitos dos povos que dele fazem uso, as tecnologias de reprodução assistida, a utilização de células embrionárias humanas em pesquisa biomédica, o direito à morte com dignidade, a revisão ética na pesquisa com seres humanos, a interrupção induzida nas gravidezes com conceito anencéfalo, a já mencionada ‘judicialização’ da saúde etc.

Sejam aqueles dilemas morais decorrentes das tensões entre comércio e acesso, sejam os decorrentes dos avanços tecnocientíficos no campo do cuidado à saúde, acredito que temos, no Brasil, um balanço relativamente positivo no que se refere às codificações éticas advindas das discussões sobre os mesmos. Não tenho qualquer dúvida de que, em grande parte, devemos o resultado desse balanço ao vigente Estado Democrático de Direito, com o funcionamento regular das instituições que o representam formalmente. Mas, além disso, devemos esses resultados também à participação da sociedade – organizada ou não – nos debates públicos sobre todos esses temas.

Mas, se é assim, onde está o mal-estar?

No campo das tensões entre interesses comerciais e acesso a bens e serviços de saúde em nível mundial, como apresentado na seção anterior, o mal-estar está vinculado à fragilização do multilateralismo como modalidade de solução de controvérsias entre países. No Brasil, mais especificamente, o mal-estar está ligado às vicissitudes do nosso SUS, que também já discutimos no início deste ensaio. Reitero o que já expus anteriormente: entre nós, o dilema moral que restringe o acesso a bens e serviços de saúde decorre, além do exercício de estratégias comerciais antiéticas, ao subfinanciamento e as debilidades na gestão do nosso sistema de saúde.

No terreno dos dilemas morais ligados aos avanços das tecnociências como base de práticas de cuidado à saúde, quero ainda comentar um quadro paradoxal não na maioria das codificações éticas resultantes, mas na organização dos argumentos nos debates que as informam. Refiro-me à concomitância e, mesmo, improvável convergência entre duas posturas ideológicas habitual e historicamente antagônicas. Por um lado, o que poderíamos chamar de ‘biologização da moralidade’, que consiste em sustentar orientações morais a partir de conceitos supostamente biológicos, cuja principal expressão advém da proeminência de racionalidades religiosas no trato de dilemas morais no seio de uma sociedade na qual o Estado é, constitucionalmente, laico.

Talvez a mais clara expressão dessa convergência tenha ocorrido nos debates que animaram os temas relativos ao começo e ao fim da vida, bem como à modificação de seres vivos. Neles, a racionalidade religiosa habitualmente lançou mão

de supostos indicadores biológicos para estabelecer o início e o fim da vida. Este é o paradoxo.

## Os porquês do mal-estar

Pretendo agora avançar nos porquês, deixando de lado as manifestações concretas do mal-estar. E para iniciar essa segunda parte, proponho um diálogo fictício, embora possível, entre dois dentre os melhores interpretadores do século passado. Ambos acadêmicos e militantes políticos. Um jurista e outro historiador. Um britânico e outro italiano. Um liberal e outro comunista. Ambos pertencentes ao campo da esquerda europeia.

Em seu livro ‘A Era dos Extremos’, Eric Hobsbawm sugere que “A revolução cultural de fins do século XX pode assim ser mais bem entendida como o triunfo do indivíduo sobre a sociedade, ou melhor, o rompimento dos fios que antes ligavam os seres humanos em texturas sociais<sup>39</sup>”.

Nessa obra, Hobsbawm reflete sobre o ‘breve século XX’, que, segundo ele, teve início em 1914, com a eclosão da 1ª Guerra Mundial, e acabou em 1991, com o golpe militar que pôs fim à União Soviética.

O triunfo do indivíduo e o rompimento de fios com as texturas sociais a que se refere o historiador britânico são metáforas relativas às transformações culturais do final do século passado, e que foram a antessala do avassalador avanço do liberalismo como ideologia, e da democracia liberal como sua “natural” expressão política a partir do colapso da União Soviética e dos países europeus da sua esfera de influência.

Não pretendo cansá-los com considerações acerca das relações entre liberalismo e democracia. O debate sobre esse tema é tão antigo quanto inconclusivo. Pelo lado da democracia, desde o classicismo grego. Pelo do liberalismo, pelo menos desde as revoluções burguesas do século XVIII nos Estados Unidos e na França. Entretanto, para deixar clara a minha adesão ao ponto de vista de que aquela ideologia e essa forma de governo não são irmãos siameses, eu tomo de empréstimo a palavra de um notável liberal democrata italiano, ele também uma testemunha de todo o breve século XX: Norberto Bobbio.

*A existência atual de regimes liberal-democráticos ou de democracia liberal levam a crer que liberalismo e democracia sejam interdependentes. No entanto, o problema das relações entre eles é extremamente complexo, e tudo menos linear [...]. Um Estado liberal não é necessariamente democrático: ao contrário, realiza-se ‘historicamente’ em sociedades nas quais a participação no governo é bastante restrita, limitada às classes possuidoras. Um governo democrático não dá vida necessariamente a um Estado liberal: ao contrário, o Estado liberal clássico foi posto em crise pelo progressivo processo de democratização produzido pela gradual ampliação do sufrágio, até o sufrágio universal<sup>40</sup>. (grifo meu)*

<sup>39</sup> HOBBSAWM, E. *A Era dos Extremos: o breve século XX, 1914-1991*. 2. ed. São Paulo: Companhia das Letras, 2008. p. 328.

<sup>40</sup> BOBBIO, N. *Liberalismo e Democracia*. São Paulo: Brasiliense, 2000. p. 7.

Mas se poderia argumentar que esta é uma apreciação histórica, baseada na realidade dos séculos XVIII e XIX. Uma apreciação, portanto, que talvez não estivesse levando em conta toda a riqueza das transformações políticas e econômicas passadas no breve século XX. Mas Bobbio reitera:

*Ao se observar ‘o conceito prevalente de liberalismo’, com referência particular às diversas correntes assim chamadas neoliberais, é preciso admitir que entre o filósofo e o economista, teve razão o segundo. Por neoliberalismo se entende hoje, principalmente, uma doutrina econômica consequente, da qual o liberalismo político é apenas um modo de realização, nem sempre necessário*<sup>41</sup>. [Bobbio, escrevendo na virada do século XX para o XXI, se refere a um debate em meados dos anos 1940 entre Luigi Einaudi, o economista, e Benedetto Croce, o filósofo]. (grifo meu).

E o que se observa neste nosso século como modelo hegemônico de democracia liberal talvez seja uma nova variedade de democracia. Fundamentada no enfraquecimento dos Estados nacionais, por um lado, graças à globalização financeira e produtiva e, por outro, por uma ideologia de radical *laissez-faire*, que objetiva a minimização da máquina estatal e a maximização do mercado como organizador da vida política. Mas, como observa Hobsbawm:

*O ideal da soberania do mercado não é um complemento à democracia liberal, e ‘sim uma alternativa a ela’. É, na verdade, uma alternativa a todos os tipos de política, pois nega a necessidade de decisões políticas, que são justamente aquelas relativas aos interesses comuns ou grupais que se distinguem da soma das escolhas, racionais ou não, dos indivíduos que buscam suas preferências pessoais [...]. A participação no mercado substitui a participação na política. O consumidor toma o lugar do cidadão*<sup>42</sup>. (grifo meu)

Hobsbawm escreveu isso em 2007 ou pouco antes. Em termos históricos, na manhã seguinte, em novembro de 2011, a Europa demonstrou com fatos o que ele conceituava. Após a imposição à Grécia (por ironia, a Grécia, o berço da democracia) de um programa econômico-financeiro elaborado essencialmente pela Alemanha e pelas autoridades monetárias europeias, o Primeiro-Ministro grego Georges Papandreou foi obrigado a renunciar após ter proposto uma consulta popular, um plebiscito, um referendium – vale dizer, o mecanismo democrático por excelência – para saber se o povo grego estaria ou não disposto a aceitar o pacote. Foi uma confirmação cabal de que, além de não ser o ambiente ‘natural’ da democracia, o liberalismo pode ser a sua negação. Em particular, o liberalismo em seu formato atual, pós-moderno, no qual “a participação no mercado substitui a participação na política. O consumidor toma o lugar do cidadão”.

<sup>41</sup> BOBBIO, N. *Liberalismo e Democracia*. São Paulo: Brasiliense, 2000. p. 87.

<sup>42</sup> HOBBSAWM, E. *Globalização, democracia e terrorismo*. São Paulo: Companhia das Letras, 2007. p. 105-106.

Mas o fato é que o liberalismo tem como seu principal ponto de apoio moral a ideia da precedência da vontade individual sobre qualquer outra instância – em outras palavras, que o reino da liberdade só se estabelece plenamente na presença dessa precedência. E é indiscutível que a afirmação do indivíduo, essa conquista da modernidade, foi uma aquisição fundamental na história da humanidade. Mas como nos ensinou Gaston Bachelard, “o conhecimento do real é luz que sempre projeta algumas sombras”<sup>43</sup>. E uma das sombras projetadas pela invenção da liberdade foi outra questão moral, também relevante: a questão da igualdade.

Não pretendo comentar aqui – muito embora sejam importantes – as distinções entre as categorias antitéticas de igualdade/desigualdade ou de equidade/iniquidade. O que me importa é ressaltar que esta sombra deixada pela primazia da liberdade é uma questão central para nós, mulheres e homens da saúde pública. E que os desdobramentos atuais da mesma sombra estão na raiz do mal-estar atual cujas expressões eu tentei discutir ao longo desse ensaio. Em outros termos, voltando a Hobsbawm, penso que a subestimação da questão da igualdade está na raiz do rompimento dos fios que antes ligavam os seres humanos em texturas sociais. Ou, dito de uma maneira mais radical, o mal-estar na saúde pública decorre do aniquilamento do imperativo da igualdade sob o manto da liberdade: nos nossos dias, a liberdade de mercado.

Volto a Bobbio para ilustrar essa relação delicada entre liberdade e igualdade. Em sua magnífica autobiografia, ele recupera um discurso proferido por Egidio Meneghetti, combatente antifascista, liberal democrata como Bobbio, que saiu da cadeia para assumir a reitoria da Universidade de Pádua. O discurso é de julho de 1945. Disse, então, o reitor: Os princípios do liberalismo não são mais suficientes porque] aprofundando a investigação nas consciências e nos fatos, descobre-se que dificilmente uma completa liberdade pode existir onde a ascensão dos melhores não é regulada ‘por iguais posições de partida’<sup>44</sup>. (grifo meu)

Entendam-me: o mal-estar não é uma questão de governos. Se fosse, seria muito mais simples dar-lhe alívio. É uma questão da sociedade. Muitos de nós têm se perguntado há tempos por que os dois governos do presidente Lula e, até agora, o da presidenta Dilma vêm tolerando o desfinanciamento do nosso sistema nacional de saúde, talvez ferindo de morte o seu corte universalista. Certamente o equilíbrio fiscal e as vicissitudes orçamentárias têm um papel importante nessas decisões políticas. Mas estou convencido de que há um forte componente ideológico envolvido. É curioso que governos com importantes políticas de inclusão social e de diminuição da desigualdade tenham excluído a saúde do repertório das ferramentas para a construção das mesmas. Na minha percepção, o que tem tornado essa exclusão politicamente viável é o fato de que a voz da sociedade que sempre teve voz, somada à voz da sociedade que recém passou a ter voz, almeja o seguro privado. E que essa ideologia se ajusta confortavelmente na visão de mundo do componente político hegemônico dos três governos: aquele cujas origens radicam na ala sindical do Partido dos Trabalhadores, fundada historicamente no novo sindicalismo da elite industrial paulista e, mais recentemente, no sindicalismo do funcionalismo público.

<sup>43</sup> BACHELARD, G. *A formação do espírito científico*. Rio de Janeiro: Contraponto, 1996, p. 11.

<sup>44</sup> BOBBIO, N. *Diário de um século: autobiografia*. Rio de Janeiro: Editora Campus, 1998, p. 73.

Voltando ao panorama global, o colapso das generosas propostas apresentadas e vergonhosamente executadas pelo socialismo real fizeram com que o desencanto de milhões desembocasse em uma armadilha conceitual e em uma ilusão política. Se a alternativa falida era autoritária – e, sem dúvida, era – abracemos, então, a alternativa vencedora – a democracia liberal em sua vertente de mercado, que foi como o liberalismo estava se apresentando no final do século XX. E então se deu o desastre, que foi ‘jogar fora a criança junto com a água suja do banho’. A água suja era o autoritarismo do socialismo burocrático; a criança foram as imensas conquistas sociais obtidas não somente nos países do socialismo real, mas também nos países ocidentais de regime liberal democrático que absorveram – às custas de muita mobilização de massas, guerras e outras beligerâncias – as propostas igualitárias do Estado de Bem-Estar. E essa é a atual realidade de mal-estar, também na saúde pública.

Exemplifico com um trecho jornalístico assinado por um personagem com importante contribuição à cultura brasileira. Foi publicado em 7 de abril de 2012, no jornal O Globo, e quem o assina é o cineasta Cacá Diegues. Nele, Diegues comenta a situação atual do Brasil e lamenta suas (dele) escolhas políticas e ideológicas passadas.

Não é preciso amar a cultura política [norte-] americana para perceber que, com isso, o processo de construção de instituições democráticas, tema hoje indispensável no mundo todo, era simplesmente ignorado no Brasil [na segunda metade do século XX...]. E assim não se falava mais da única revolução que exprimiu seus anseios defendendo o direito de cada cidadão à busca da felicidade. O pavor dos autoritários é sempre o indivíduo, a força das suas circunstâncias e alternativas que lhe escapa à ordem.

Diegues, diferente do reitor Meneghini, deixa de levar em conta ‘o ponto de partida’. No meu modo de ver, esse é um exemplo sofisticado e, acredito, honesto do ‘ajuste’ ideológico a que se submeteu uma parte importante das elites, em particular, da intelectualidade, não apenas brasileira, mas mundial. Ajuste que, de resto, vem animando a maior parte da reflexão sobre a denominada pós-modernidade, cujo fulcro doutrinário tem sido uma radical restauração liberal no plano político e, principalmente, no plano econômico<sup>45</sup>.

No terreno da saúde pública, a restauração se expressa, talvez, entre outras manifestações que eventualmente me escapem, por uma linha principal de argumentação. Trata-se da crítica ao ‘Higienismo’. Mas, antes de abordar esse ponto, eu gostaria de dedicar algumas linhas ao tema da tradição histórica da saúde pública. Algo que, confesso, me dá prazer em chamar de ‘A Nossa Tradição’.

Não se trata de rever a vasta bibliografia sobre a história da saúde pública, mas apenas de destacar algumas dimensões importantes para o tema do seu atual mal-estar.

A saúde pública nasce em meados do século XVIII, quando, pela primeira vez, o Estado lança um olhar político e prático sobre a saúde da população. A primeira versão de uma política de saúde pública totalizante veio da Alemanha mercantilista, em 1779. Este foi o ano da publicação do ‘Sistema Completo de Polícia Médica’, de autoria de Johann Peter Frank. A Polícia Médica foi a expressão sanitária do absolutismo dos príncipes alemães. Um código legal com regras higiênicas.

Na mesma época, na França sob o Iluminismo, prosperaram iniciativas de codificação da saúde pública, a maior parte de caráter utópico<sup>46</sup>. George Rosen menciona as

<sup>45</sup> Esta última vem sendo erodida, desde 2009, pelo desastre que se abateu sobre o então já combatido Japão, os Estados Unidos e a União Europeia. Não é o meu tema, a despeito de suas possíveis repercussões sobre a restauração liberal no terreno político. Deixo-o de lado.

de Morelly (1751) e de Mercier (1770). As utopias, na ‘épisteme’ rousseauiana, eram consoantes com o espírito republicano francês que, curiosamente, deixou muito pouco em termos de codificações sanitárias mais permanentes. Talvez porque a radicalidade revolucionária, como propunha François Xavier Lanthenas, levasse a crer que a conquista da saúde pública seria uma consequência natural do ‘povo no poder’<sup>47</sup>. Mais recentemente, Michel Foucault propôs que a emergência da saúde pública na França é um produto da urbanização. Nasce por uma necessidade de o Estado controlar o exercício do poder nas cidades e a mobilidade da população<sup>48</sup>.

A contribuição britânica para a saúde pública é mais tardia (de meados do século XIX), inspirou-se menos nos ideais sanitários franceses e mais na polícia médica alemã<sup>49</sup>. Além disso, visou à manutenção e à reparação da saúde da classe trabalhadora (uma visão premonitória da ‘cidadania regulada?’), diferentemente da perspectiva alemã, que cultivava um ideal de proteção das famílias, independente de classes.

O que quero enfatizar, com essas muito breves observações históricas, é que desde suas raízes, na modernidade, a saúde pública é um assunto das relações entre o Estado e as populações, no qual o protagonismo, a positividade é, via de regra, do Estado. Vistas sob uma perspectiva histórica, essas relações são, quase sempre, como sugere Henry Sigerist, “higiene desde cima”, mas, por vezes, em situações de transe político e social, como foi o caso francês, “higiene desde baixo”<sup>50</sup>. Há várias outras conjunturas de transe político-social que engendraram manifestações organizadas de “higiene desde baixo”. Por exemplo, na Roma de 1945, uma delas teve a participação de Giovanni Berlinguer, que nos dá o seu testemunho:

*Em Roma, además de encontrarme con la patología urbana, tuve enseguida una experiencia más vasta que la de Cerdeña, del movimiento obrero y de sus luchas [...] en una Roma donde faltaba de todo [...]. Quiero más bien resaltar la extraordinaria capacidad de los ciudadanos para reaccionar frente al aislamiento, para agruparse, para hacer frente a la adversidad. Quiero decir que la población deja de ser objeto pasivo de los fenómenos infecciosos para convertirse en protagonista de la curación, cuando se la convoca y organiza para actuar, cuando reconoce las enfermedades de cada uno como daños colectivos y sabe en qué momento luchar socialmente para cambiar las propias condiciones de vida*<sup>51</sup>.

<sup>46</sup> ROSEN, G. *Da polícia médica à medicina social: ensaios sobre a história da assistência médica*. Rio de Janeiro: Graal, 1980. p. 252-254. (Vale notar que o título do livro, no original norte americano, é: *Essay on the history of health care*).

<sup>47</sup> A propósito, a ideia de que o bem-estar sanitário seria uma decorrência natural de transformações político-econômicas gerais, em contraposição a decorrer de medidas específicas no campo da saúde, tem uma trajetória curiosa desde a Revolução Francesa. Foi objeto de debate na Inglaterra durante a segunda Revolução Industrial, quando um dos principais testemunhos sobre os impactos da economia e da política sobre a saúde dos trabalhadores foi dado por Friederich Engels, em sua obra “As Condições da Classe Trabalhadora na Inglaterra”. Na primeira metade do século XX, caiu no ostracismo com o desenvolvimento dos sistemas nacionais de saúde, tanto nos países social-democratas europeus quanto na União Soviética. Nos anos 60 do século passado, voltou à baila com as reflexões do demógrafo e epidemiologista britânico Thomas McKeown sobre a queda da mortalidade na Grã-Bretanha desde a Primeira Revolução Industrial até meados da década de 60 do século XX. Mais à frente foi apropriada pelo pensamento liberal-conservador que, inclusive no Brasil durante o regime militar, pontificava as virtudes da primazia do crescimento econômico para justificar cortes orçamentários nas políticas sociais, de saúde inclusive.

<sup>48</sup> FOUCAULT, M. *Microfísica do Poder*. Rio de Janeiro: Graal, 1979. p. 79-98. Foucault trata do nascimento da Medicina Social, discrepando nesse aspecto de Rosen, que nos remete ao nascimento da saúde pública.

<sup>49</sup> FOUCAULT, M. *Microfísica do Poder*. Rio de Janeiro: Graal, 1979. p. 95.

<sup>50</sup> SIGERIST, H. E. *On the history of medicine*. New York: MD Publications, 1960. p. 22. (as expressões originais de Sigerist são “hygiene from above” e “hygiene from below”).

<sup>51</sup> BERLINGUER, G. *Malaria urbana*. Madrid: Editorial Villalar, 1978. p. 12.

Às duas categorias propostas por Sigerist, hoje em dia, se deve acrescentar mais uma, que pode ser denominada “higiene desde fora”. Ela se dá quando o Estado se debilita ao ponto de quase desaparecer e a população não tem condições de reagir, de se mobilizar como o povo de Roma no pós 2ª Guerra Mundial. É o caso de alguns países da África, onde as ações de saúde pública são planejadas e executadas integralmente ou quase por outros países, por organismos multilaterais ou por organizações filantrópicas não governamentais como, por exemplo, os Médicos Sem Fronteiras. Em artigo recente, o economista norte-americano Jeffrey Sachs nos oferece um relato jornalístico sobre sucessos da “higiene desde fora” na África<sup>52</sup>.

O que quero enfatizar é que, na saúde pública, seja desde cima (democrática ou autoritariamente), desde baixo (democrática ou revolucionariamente) ou desde fora (nas situações que poderíamos chamar de desmanche estatal), o ator que detém o caráter de positividade é o Estado (ou algum ente putativo afim a ele) em sua relação com as populações que sofrem com a doença, a miséria, a fome e a morte. Em outra perspectiva poderia ser dito, para enfatizar o papel do outro polo da relação – o povo – que este se submete ao Estado, resiste ao Estado ou quer substituir o regime que detém o poder de Estado. Isso é o que a história da saúde pública ensina e o que, até onde a vista alcança, continuará a prevalecer.

É bem verdade que o ideário liberal da denominada pós-modernidade procurou reformar conceitualmente a filantropia com base numa crítica da razão estatal derivada da suposta ineficiência desta. Uma das novas aquisições conceituais nesse terreno foi a criação do termo ‘Terceiro Setor’. Este é composto por organizações de direito privado com finalidades públicas. No campo da saúde pública, é indiscutível o papel positivo que cumpriram algumas iniciativas estabelecidas nessas bases, como há também inúmeras experiências malsucedidas. Entre estas e aquelas, resta a evidência de que, pelo menos nos países em desenvolvimento, a viabilidade das chamadas ‘organizações não governamentais’ está quase 100% assentada sobre recursos financeiros e orientações gerais do setor público. Não pretendo me estender nessa questão, mas acredito que a existência dessa filantropia reformada no campo da saúde pública depende do Estado e fenecerá sem ele, pelo menos nos países em desenvolvimento. Finalmente, gostaria de ressaltar que as reformas liberais dos sistemas nacionais de saúde, com o mal-estar que delas decorre, costumam lançar mão dessas organizações como ferramentas para o ‘aumento da eficiência do sistema’”, inclusive no Brasil.

Como mencionado anteriormente, no terreno da saúde pública, a restauração liberal costuma se expressar, entre outras formas, pela crítica ao higienismo como sinônimo de uma intervenção sanitária amplificada e descabida do Estado sobre a vida dos indivíduos. Vale a pena, mesmo que brevemente, comentar este aspecto.

Uma primeira questão diz respeito à necessidade de delimitar conceitualmente três categorias que são, muitas vezes, agrupadas pelos críticos pós-modernos do higienismo, quase sempre com o objetivo de aumentar a força da argumentação. Seja numa vertente, para ‘criminalizá-lo’<sup>53</sup>, ou em outra para afirmar seu estatuto independente em relação a elas<sup>54</sup>. Refiro-me à eugenia e à medicalização da vida social.

<sup>52</sup> SACHS, J. D. A ajuda internacional funciona. *Valor Econômico*, São Paulo, 4 jun. 2012, p. A15.

<sup>53</sup> BOARINI, M. L.; YAMAMOTO, O. H. Higienismo e Eugenia: discursos que não envelhecem. *Psicologia Revista*, São Paulo, v. 13, n. 1, p. 59-72, 2004.

A eugenia foi fundada em meados do século XIX por Francis Galton e diz respeito ao desenvolvimento de métodos para melhorar a raça humana pelo controle da reprodução<sup>55</sup>. Trata-se, portanto, de uma doutrina supostamente científica, fundada na noção de hierarquias raciais e baseada numa extensão indevida da Teoria da Evolução de Charles Darwin, de quem Galton era primo. Os países onde primeiro prosperou foram os da Europa nórdica e os Estados Unidos. Em 1936, estes países já haviam passado leis autorizando a esterilização compulsória. Teve uma longa sobrevida, cujo ponto de máxima aplicação como política de Estado deu-se durante a 2ª Guerra Mundial na Alemanha sob o nazismo. A despeito disso, sob regime democrático, sobreviveu bem mais. Nos Estados Unidos, as esterilizações foram revogadas apenas na década de 1940<sup>56</sup>, e apenas em 1975 a eugenia foi declarada extinta na política de saúde da Suécia, onde sobreviveu pela prática de esterilizações de doentes mentais<sup>57</sup>.

Numa perspectiva histórica, nos séculos XIX e na primeira metade do XX, quando a “medicalização” ainda não pensava em nascer, por vezes, o higienismo e a eugenia se sobrepuseram como propostas político-ideológicas na Europa, nos Estados Unidos e mesmo no Brasil. Mas, pelo menos na nossa experiência, como observa Castro Santos em sua análise da história intelectual e política de Monteiro Lobato, a sobreposição foi parcial e logo interrompida. A rigor, se tomamos como índice a figura do intelectual paulista, higienismo e eugenia se sobrepuseram até 1914 e já estavam totalmente separadas em 1918, pelo menos, pelos principais atores envolvidos na questão<sup>58,59</sup>.

O conceito de medicalização é muito mais recente e foi publicitado em 1975 pelo filósofo e teólogo austríaco Ivan Illich. Ela diz respeito à superutilização de dispositivos da medicina institucionalizada no âmbito da sociedade industrial, que resultaria em “iatrogênese clínica, iatrogênese social e em iatrogênese estrutural”<sup>60</sup>. Illich é formalmente contra os sistemas de saúde.

Conforme o autor,

*La medicina institucionalizada ha llegado a convertirse en una grave amenaza para la salud. La dependencia respecto a los profesionales que atienden la salud influye en todas las relaciones sociales. Em los países ricos la colonización médica ha alcanzado proporciones morbosas: en los países pobres está rapidamente ocurriendo lo mismo. Hay que reconocer sin embargo el carácter político de este proceso, al que denominaré la ‘medicalización de la vida’ [...] Um sistema de*

<sup>54</sup> STANCIK, M. A. Os jecas do literato e do cientista: movimento eugênico, higienismo e racismo na Primeira República. *Publicações da UEPG*, Ponta Grossa, v. 13, n. 1, p. 45-62, 2005.

<sup>55</sup> Uma explanação do próprio Galton, frente à Sociological Society da Universidade de Londres, em 1904, pode ser acessada em GALTON, F. Eugenics: its definition, scope, and aims. *The American Journal of Sociology*, Chicago, v. X, n. 1, jul. 1904. Disponível em: <<http://galton.org/essays/1900-1911/galton-1904-am-journ-soc-eugenics-scope-aims.htm>>. Acesso em: 15 maio 2012.

<sup>56</sup> EUGENICS IN THE UNITED STATES. Wikipédia, 2012. Disponível em: <[http://en.wikipedia.org/wiki/Eugenics\\_in\\_the\\_United\\_States](http://en.wikipedia.org/wiki/Eugenics_in_the_United_States)>. Acesso em: 4 jun. 2012.

<sup>57</sup> In Sweden, the Sterilization Act of 1934 provided for the voluntary sterilization of some mental patients. The law was passed while the Swedish Social Democratic Party was in power, though it was also supported by all other political parties in Parliament at the time, as well as the Lutheran Church and much of the medical profession. From about 1934 to 1975, Sweden sterilized more than 62,000 people. Even as recently as 1996, the Swedish government rejected paying compensation to those who had been sterilized. In 1999, the Swedish government began paying compensation of US\$ 21,000 to the sterilized (and their families) who had “not consented” and had applied for compensation. EUGENICS IN THE UNITED STATES. Wikipédia, 2012. Disponível em: <[http://en.wikipedia.org/wiki/Eugenics\\_in\\_the\\_United\\_States](http://en.wikipedia.org/wiki/Eugenics_in_the_United_States)>. Acesso em 4 jun. 2012.

<sup>58</sup> SANTOS, L. A. C. O pensamento sanitário na Primeira República: uma ideologia de construção da nacionalidade. Dados. *Revista de Ciências Sociais*, Rio de Janeiro, v. 28, n. 2, p. 193-210, 1985.

<sup>59</sup> STANCIK, M. A. Os jecas do literato e do cientista: movimento eugênico, higienismo e racismo na Primeira República. *Publicações da UEPG*, Ponta Grossa, v. 13, n. 1, p. 45-62, 2005.

*asistencia a la salud, basado em médicos y otros profesionales, que ha rebasado límites tolerables resulta patógeno...*<sup>61</sup>.

Sob o meu ponto de vista, a maior fragilidade do argumento de Illich é remeter a medicalização aos sistemas de saúde e aos seus profissionais. Não restam muitas dúvidas de que a abordagem de um conjunto importante de aspectos relativos a opções comportamentais, políticas, econômicas e sociais vem sendo remetida à esfera das decisões médicas e, em particular, à intervenção de medicamentos e outros dispositivos industriais de cuidado à saúde.

Argumento eu, entretanto, que esse ‘fetichismo medicamentoso’ não tem sido um produto explícito ou mesmo implícito dos sistemas de saúde. E que sua raiz mais profunda não está situada na prática dos profissionais de saúde, especialmente dos médicos. Estes, na verdade, são parte de uma cadeia de valores ideológicos cuja fonte são as estratégias daquilo que Hésio Cordeiro, em 1980, denominou de “Complexo Médico-Industrial”<sup>62</sup>. A esse respeito existe, aliás, uma extensa bibliografia, na qual, pela vertente da análise da indústria farmacêutica, se destaca a obra da professora e pesquisadora da Universidade Harvard, Marcia Angell<sup>63</sup>.

Diferentemente da eugenia e da medicalização – categorias com bagagem conceitual mais sólida –, o que é chamado de higienismo tem um estatuto diferente. Muito embora amplamente tematizado na historiografia europeia, norte-americana e brasileira, nesta, em particular, na nossa Primeira República, o higienismo carece de uma conceituação precisa. Parece ser uma categoria cujo estatuto conceitual é débil e se assemelha muito a outra categoria que tem pouco a ver com ele, o “populismo”. Profusamente mencionado na academia e na crônica política das últimas décadas, o populismo passou a significar tantas coisas que acabou por significar quase nada. Na minha percepção, algo parecido se dá com o higienismo em sua versão pós-moderna. Populismo e higienismo têm, ainda, outra característica em comum. Ambos, em seu nascedouro, tinham uma conotação francamente positiva<sup>64</sup>.

Importa ainda comentar, no plano histórico, o papel do higienismo no Brasil. Assumindo o risco de cair num esquematismo passível de todas as críticas, aqui, duas correntes de pensamento histórico-sociológico dialogam suas assintonias. Uma delas, comentada criticamente por Nísia Trindade Lima, enfatiza o papel normatizador do higienismo:

*A literatura [sobre o higienismo] tem sido mais atenta a esse ideal e discurso normatizador, deixando um pouco de lado o problema de como encontra de fato efetividade no plano das relações sociais. Baseada fundamentalmente em fontes elaboradas por médicos dos séculos XVIII e XIX, muitas vezes o que se*

<sup>60</sup> ILLICH, I. *Nemesis Medica: la expropiación de la salud*. Barcelona: Barral Editores, 1975.

<sup>61</sup> ILLICH, I. *Nemesis Medica: la expropiación de la salud*. Barcelona: Barral Editores, 1975. p. 9.

<sup>62</sup> CORDEIRO, H. *A indústria da saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1980.

<sup>63</sup> ANGELL, M. *A verdade sobre os laboratórios farmacêuticos*. Rio de Janeiro: Ed. Record, 2007.

<sup>64</sup> Uma revisão da história do populismo no Brasil após 1930 que, de modo geral, respalda a interpretação de sua diluição conceitual pode ser encontrada em FERREIRA, J. (Org.). *O Populismo e sua História: debate e crítica*. Rio de Janeiro: Ed. Civilização Brasileira, 2001.

*faz é reificar as interpretações elaboradas por eles sobre o seu papel e capacidade de intervenção, reiterando o binômio cidade-doença, e as relações entre medicina e espaço urbano*<sup>65</sup>.

Embora a autora não mencione explicitamente, a minha leitura da citação acima a remete a toda uma corrente de pensamento cuja matriz básica é a obra de Michel Foucault, que teve, entre outras virtudes – e, para nós sanitaristas, a dádiva – a de tematizar vários assuntos relacionados à medicina e à saúde na sua análise das relações de poder. Entretanto, penso que a relação do pensamento de Foucault com a história da saúde pública foi, por vezes, manchada por sucessivas simplificações e interpretações – o inferno, como sempre, são os epígonos – que a fizeram resvalar para a análise do dia a dia das práticas sanitárias e a servir à argumentação liberal contra muitas delas, por serem ‘higienistas’, ‘medicalizantes’, ‘eugênicas’, ‘disciplinadoras’ etc.

Essa minha interpretação ganha contornos mais claros em outro texto de autoria de Nísia Trindade e Maria Alice Rezende de Carvalho, ao dialogar com as análises históricas sobre a Revolta da Vacina, reação popular ocorrida em novembro de 1904, no Rio de Janeiro, em oposição à determinação governamental da vacina obrigatória contra a varíola.

*De outra parte, essa dificuldade pode ser explicada pela generalização de uma abordagem que vê nos fenômenos de poder uma rede que envolve a existência dos indivíduos no plano cotidiano – rede de poderes que se apresenta onipresente, e na qual a medicina e os médicos desempenhariam um papel-chave. Tal abordagem, sob a inspiração da obra de Michel Foucault (1979), promove uma relação de exterioridade entre o Estado e os indivíduos, torna indiferenciadas as relações de poder, além de dificultar a percepção dos agentes sociais como personagens ativos. Em suma, sob essa perspectiva, os médicos são apresentados como formuladores de uma ‘tecnologia de poder’ funcional à construção da ordem burguesa no Brasil, o que implica, logicamente, o argumento da subordinação dos agentes sociais a uma racionalidade estabelecida com anterioridade e exterioridade em relação a eles*<sup>66</sup>.

Entretanto, mais do que culpar epígonos, talvez valha a pena que a geração de sanitaristas que assistimos (muitos de nós) Foucault em pessoa nas conferências que proferiu em 1974, no Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, refletirmos sobre o modo pelo qual as apreendemos e as traduzimos para os nossos pósteros. Talvez tenha sido de um modo excessivamente acrítico – afinal, naquele momento, a saúde pública “era uma ferramenta da ditadura”. Mas isso é apenas uma hipótese.

Com muito mais razão, esta hipótese vale para o impacto sobre nós todos da ‘Nêmesis Médica’, de Ivan Illich. Nesse caso, vale registrar que o próprio Illich, anos

<sup>65</sup> LIMA, N. T. *Um sertão chamado Brasil: intelectuais e representação geográfica da identidade nacional*. Rio de Janeiro: Revan, 1998. p. 97.

<sup>66</sup> LIMA, N. V. T.; CARVALHO, M. A. R. O Argumento Histórico nas Análises de Saúde Coletiva. In: FLEURY, S. (org.). *Saúde Coletiva? Questionando a onipotência do social*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1992. p. 117-140.

mais tarde, abandonou suas ideias sobre a medicalização do social, a partir do argumento de que os sistemas de saúde deixaram de ser patogênicos para se tornarem... irrelevantes<sup>67</sup>.

A outra corrente histórico-sociológica pondera sobre o papel do higienismo na nossa formação social, em particular, na República Velha, sob outra perspectiva. Esta diz respeito ao papel da saúde pública (da higiene e do higienismo) na constituição do projeto nacional brasileiro, em particular, na constituição da noção de cidadania no Brasil. Primeiro nas cidades e, depois, na 'descoberta dos sertões'. Além disso, autores como Castro Santos, Gilberto Hochman, Nísia Trindade Lima e Cristina Fonseca chamam a atenção para o fato de que no Brasil não houve apenas uma Reforma Sanitária, a que desembocou no Sistema Único de Saúde, mas outras – uma das quais foi aquela dos primeiros anos da República, na qual o higienismo ajudou a forjar nossa identidade nacional<sup>68</sup>.

As mais recentes manifestações de corte liberal contra práticas de saúde pública são críticas a medidas normativas federais e estaduais voltadas ao banimento ou à redução de danos provocados por práticas sociais reconhecidamente deletérias. As principais são restrições ao hábito de fumar em público e o banimento da presença de álcool no sangue de pessoas que dirigem veículos. Mas há também protestos contra a regulação sanitária na venda de medicamentos, contra o banimento da publicidade de alimentos com componentes reconhecidamente patogênicos, contra a regulamentação de práticas de reprodução assistida etc. O tom geral das críticas se dirige ao que seria uma limitação da liberdade individual dos cidadãos derivada de intervenções estatais descabidas.

Essas críticas agredem, entre outros aspectos, a filosofia política quando afirmam que não cabe ao Estado arbitrar e regular sobre práticas sociais que geram dilemas morais de grande impacto na sociedade. Se não a ele, a quem? Quem mais, nas sociedades modernas, tem mandato para essa tarefa? Grande parte daqueles dilemas está ao arbítrio dos cidadãos, mas muitos não, principalmente quando a arbitragem do indivíduo fere de modo importante a arbitragem de outros indivíduos. Daí, os códigos, as leis e outras normas. Nesses casos, a arbitragem dos dilemas morais cabe ao Estado por um de seus poderes.

Essas questões citadas são, todas, dilemas morais com grande impacto social. E, como todos os dilemas morais, não são governados por 'leis naturais'. Cada caso é um caso, a ser socialmente pactuado, politicamente arbitrado e judicialmente sancionado. O Estado Democrático de Direito, que é onde vivemos hoje, oferece o melhor ambiente para a pactuação, a arbitragem e a sanção. Mas é preciso exercer nossa militância para reivindicar as medidas adequadas à proteção do coletivo. As alternativas são a barbárie ou a 'mão invisível do mercado', que, em certo sentido, é a barbárie posta em outros termos.

As maneiras utilizadas pelo Estado para intervir nos dilemas morais, estas sim devem estar em tela de juízo. O Estado nazista fazia de um jeito. O Esta-

<sup>67</sup> NOGUEIRA, R. P. A segunda crítica social da saúde de Ivan Illich. *Interface: comunicação, saúde, educação*, Botucatu, v. 7, n. 12, p. 185-190, fev. 2003.

<sup>68</sup> LIMA, N. T.; FONSECA, C. M. O.; HOCHMAN, G. A saúde na construção do Estado Nacional no Brasil: Reforma Sanitária em perspectiva histórica. In: LIMA, N. T. et al. *Saúde e Democracia: história e perspectivas do SUS*. Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ, 2005. p. 27-58.

do Democrático de Direito faz de outro. Não me parece que as intervenções sanitárias sobre hábitos coletivos danosos à saúde no Brasil estejam sendo realizadas fora do padrão democrático. Enquanto continuarem a sê-lo, devemos apoiá-las. E, voltando a Sigerist, espero que quando medidas da ‘higiene desde cima’ extrapolarem, os sujeitos das medidas tenham força e organização para manifestar a defesa de seus interesses com outras medidas, dessa vez de ‘higiene desde baixo’.

Já vai longa esta exposição sobre o mal-estar na saúde pública. Mas não gostaria de encerrar sem um comentário sobre a pós-modernidade e seus cronistas.

Pós-modernidade é uma categoria que denomina um processo histórico iniciado, grosso modo, com o fim do breve século XX. Quanto a este processo, se trata apenas de vivê-lo, com mais ou menos conforto, com mais ou menos simpatia. No meu caso pessoal, confesso que me agrada pouco viver num tempo onde grandes narrativas da aventura humana – presentes em bom número na modernidade – estão ainda ausentes. Seja nas revoluções americana e francesa, na república, na democracia, nas restaurações, nas revoluções socialistas, nas potências asiáticas desveladas, em todos os grandes movimentos que moldaram o mundo em que vivemos até anteontem. Confesso que ainda vivencio com algum desconforto intelectual a substituição do mundo que engendrou esses movimentos gigantescos por outro onde são narrados o particular, o pequeno, os micro poderes, os vermes, os queijos<sup>69</sup>, a vizinhança, a fragmentação, a micro-história etc.

Em 1982, um autor norte-americano hoje algo esquecido, publicou um livro de grande sucesso então. O autor é Marshall Berman e a obra se chama “Tudo que é sólido desmancha no ar: a aventura da modernidade”, título parcialmente retirado, naturalmente, do Manifesto Comunista, de Marx e Engels. Em 1982, quando saiu essa primeira edição norte-americana, havia três anos que Jean-François Lyotard havia publicado “A Condição Pós-Moderna” e Berman utiliza essa denominação com algum pudor. Ele chama os então pós-modernos (está falando de arte, mais especificamente da pop art) de artistas que possuem uma “visão afirmativa de modernismo [...] que se autodesignam ‘pós-modernistas’”.

A releitura de Berman provoca uma sensação ambígua entre a riqueza de sua análise e a sensação de que, após 30 anos, seus argumentos foram tragados pelo tsunami da crônica pós-moderna, muito embora, na minha leitura, permaneçam frescos. Diante da imensa provisoriedade de tudo nesses tempos, homenageio a sobrevivência dessas ideias citando o parágrafo final de sua introdução.

<sup>69</sup> Esta é uma referência ao livro “O Queijo e os Vermes”, de Carlo Ginzburg, de resto, um bom livro. Eu a utilizo aqui como uma metáfora bem-humorada das micro narrativas da pós-modernidade. A lembrança me foi dada por um amigo, em conversa há muitos anos atrás.

<sup>70</sup> BERMAN, M. *Tudo que é sólido desmancha no ar: a aventura da modernidade*. São Paulo: Companhia das Letras, 1986. p. 35.

<sup>69</sup> Esta é uma referência ao livro “O Queijo e os Vermes”, de Carlo Ginzburg, de resto, um bom livro. Eu a utilizo aqui como uma metáfora bem-humorada das micro narrativas da pós-modernidade. A lembrança me foi dada por um amigo, em conversa há muitos anos atrás.

*Pode acontecer então que voltar atrás seja uma maneira de seguir adiante: lembrar os modernistas do século XIX talvez nos dê a visão e a coragem para criar os modernistas do século XXI. Esse ato de lembrar pode ajudar-nos a levar o modernismo de volta às suas raízes, para que ele possa nutrir-se e renovar-se, tornando-se apto a enfrentar as aventuras e os perigos que estão por vir. Apropriar-se das modernidades de ontem pode ser, ao mesmo tempo, uma crítica às modernidades de hoje e um ato de fé nas modernidades – e nos homens e mulheres modernos – de amanhã e do dia depois de amanhã<sup>70</sup>.*

---

<sup>70</sup> BERMAN, M. *Tudo que é sólido desmancha no ar: a aventura da modernidade*. São Paulo: Companhia das Letras, 1986. p. 35.