

# PESQUISA E ENSINO EM RELAÇÃO À COMUNICAÇÃO

*Francisco Inácio Bastos*

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

*Icict - Fiocruz*

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

## NOTAS

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

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

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