

EPIDEMIA DE DENGUE E RESPONSABILIDADE DAS AUTORIDADES SANITÁRIAS: É POSSÍVEL FUNDAR UM *ETHOS* PÚBLICO NA SAÚDE?¹

Eduardo Stotz*

Introdução

O convite para participar da mesa “Responsabilidade e decisão no cuidado: é possível fundar um *ethos* público na saúde?” surgiu no contexto de um debate na lista da Rede de educação popular e saúde a propósito da epidemia de dengue ocorrida entre janeiro a maio de 2008 no município do Rio de Janeiro. Os conflitos de poder entre as três instâncias da autoridade sanitária que vieram à tona durante a epidemia foram ressaltados por mim na perspectiva da responsabilidade sanitária nos termos do projeto de lei no. 4010/2004, em contraste com a defesa de uma posição re-centralizadora por parte dos governos federal e estadual.²

A pergunta de ser possível um *ethos* público na saúde é, por assim dizer, dramatizada pela conjuntura que vivemos. A recorrência da epidemia desde 1986 parece ser um atestado da falência do ente público e uma resposta negativa à pergunta proposta nesta mesa-redonda.³ Ainda assim, devemos esperar e, muito importante, cobrar responsabilidade das autoridades sanitárias. Porém, se vale perguntar: podemos pensar o esta responsabilidade diante das epidemias sob o ângulo do *ethos* público? – gostaríamos de acrescentar outra questão: qual o aprendizado político que podemos fazer a partir do exame desta epidemia? Para a nossa sorte, contamos, nesta avaliação,

¹ Texto apresentado ao VIII Seminário do projeto integralidade: saberes e práticas no cotidiano das instituições de saúde. Rio de Janeiro, 10 a 12 de setembro de 2008, na mesa-redonda “Responsabilidade e decisão no cuidado: é possível fundar um *ethos* público na saúde?”.

* Escola Nacional de Saúde Pública-Fiocruz. Pesquisador, doutor em Saúde Pública.

² “Memórias da epidemia de dengue”, matéria publicada no Blog da página *Neste Mundo Vão* em 18 de abril de 2008.

³ Fala-se da criação de uma Força Nacional de Saúde como forma de dar conta da gravidade da epidemia que, entre 1996 e 2006, passou de 1.753 para 3.970 municípios. Mas será um atestado de falência da municipalização como estratégia adotada de descentralizar a gestão do sistema. Por outro lado, Sérgio Côrtes, secretário Estadual de Saúde declarou (O Globo, 09 de abril de 2008: “Cartada para evitar nova epidemia”) que o atendimento básico à saúde da população da zona oeste por parte do governo estadual consta entre as metas do governo. O título da matéria aponta para a ‘solução política’ da epidemia num ano de eleições municipais.

com a participação de um professor e pesquisador com profundo conhecimento do problema.

Considerações terminológicas e conceituais para definir o campo do debate

Obviamente, antes temos de nos fazer entender sobre os termos propostos nesta mesa-redonda: o que vem a ser *ethos*? A palavra dicionarizada *ethos* ou etos tem os seguintes sentidos: 1. modo de ser, temperamento ou disposição interior, de natureza emocional ou moral; 2. o espírito que anima uma coletividade, instituição, etc.; 3. Sociol. Antrop. Aquilo que é característico e predominante nas atitudes e sentimentos dos indivíduos de um povo, grupo ou comunidade, e que marca suas realizações ou manifestações culturais. (Dicionário, 1999). Esta definição é a mesma do Dicionário de Ciências Sociais (Silva, 1987). Ethos ou etos é uma característica ou caráter do qual derivam comportamentos.

Trata-se, portanto, de um termo carregado de subjetividade, quando não de preconceito, ao ser aplicado a um povo. Quais são os traços de caráter e tipos sociais característicos, vale a redundância, singulares do “ser brasileiro”? Há um *ethos* nacional?

Um exame mais aprofundado (Lavalle, 2001) remete-nos à literatura sociológica, política e filosófica, a envolver pensadores tão diversos como Raymundo Faporo, José de Souza Martins, Vera da Silva Telles, Guillermo O’Donnell, Teresa Sales, Roberto Da Matta e Marilena Chauí, no compartilhamento da idéia de um *ethos* diretor da vida pública marcado pela dádiva, tutela e favor como parte da tentativa de entender as características da relação entre sociedade e Estado no Brasil.

Por outro lado, em que sentidos o adjetivo *público* modifica o termo?

Quando transposto para a vida pública ou para o espaço da política no âmbito de um Estado nacional, o termo assume o sentido geral da ética, do dever agir. É o campo da finalidade do Estado.

Uma novidade oriunda no setor privado – a *corporate governance* – começou a ser introduzida no campo da teoria política a partir das reformas de Estado propugnadas pelo Banco Mundial depois consensuadas em Washington no ano de 1989 pela mesma instituição multilateral, o FMI e o Departamento do Tesouro dos Estados Unidos. Trata-se da governança pública. Formulada em nosso país pioneiramente por Luiz Carlos Bresser-Pereira, quando titular do Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado (MARE), governança tornou-se sinônimo, como o próprio autor assinala, de

organização estatal eficiente, capaz de fornecer, a baixo custo, serviços sociais e científicos exigidos pela sociedade num contexto de competitividade internacional (Bresser-Pereira, 2007). Governança pública inclui o aspecto organizacional (estrutura) e o gerencial (responsabilização). O autor pretende que, deixado de lado o papel do Estado, sob o ponto de vista organizacional governança, o modelo é “relativamente neutro em termos ideológicos”, pois funcionará tanto num Estado social-democrata como num neoliberal.

Etos passou a ser uma exigência da “boa governança”, ao correlacionar fins e meios, uma vez que objetivos planejados implicam na contratualização de resultados pelos prestadores de serviços pelos governos, em regime exclusivamente público (cada vez mais raro) ou de co-produção entre setor público e privado (mais freqüente). A agregação de valor tornou-se um critério importante na avaliação das “boas decisões” dos governos (Gaetani, 2006) na medida em que as administrações se tornaram mais empresariais, menos onerosas e mais eficientes, embora pouco simpáticas aos cidadãos (Kissler e Heidemann, 2006). Porém governança pública é, como os autores assinalam, um conceito sociologicamente amorfo porque:

Não existe um conceito único de governança pública, mas antes uma série de diferentes pontos de partida para uma nova estruturação das relações entre o Estado e suas instituições nos níveis federal, estadual e municipal, por um lado, e as organizações privadas, com e sem fins lucrativos, bem como os atores da sociedade civil (coletivos e individuais), por outro. (Kissler e Heidemann, 2006, 479)

Os autores põem o acento na questão crucial das relações entre as autoridades nos diferentes níveis de governo e destas com a sociedade civil. É esta relação complexa a ser resgatada, mas, devido a polissemia do termo *ethos* ou etos, inclusive na sua adjetivação, prefiro deixa-lo de lado para uma futura reflexão, palmilhando o caminho realizado por Adrian Lavallo em sua tese de doutoramento (Lavallo, 2001).

Deixando de lado o termo governança, optei pelo mais conciso de governabilidade. A governabilidade, diz Offe (1984), é a arte dos governos de selecionar interesses dada a contradição, na qual o estado está enraizado, entre acumulação de capital e demandas sociais dos trabalhadores. Esta seletividade precisa, em decorrência do pêndulo para o lado da acumulação, de incorporar as demandas sociais, o que tem se viabilizado historicamente por uma combinação entre crescimento do emprego e compensação social dos incapazes de participar regularmente do mercado de trabalho.

Uma vez admitida a governabilidade nestes termos, não há a possibilidade de admitir o bem comum como finalidade do Estado, ideal tão abstrato como o cidadão, o povo ou a nação enquanto referenciais de sua legitimidade (O'Donnell, 1981), ainda que o ideal seja uma abstração socialmente compartilhada e os sujeitos se percebam como cidadãos, parte do povo ou da nação. Por isso mesmo não existe “corrupção da república” tal como teria existido num momento fundacional, degenerado posteriormente numa oligarquia em que o “povo” somente pratica a democracia no dia das eleições.

Contudo, é indispensável assinalar uma ressalva: a abstração socialmente compartilhada pode ser *fecunda*, quer dizer, os sujeitos podem querer torná-la real, como assinala Marília Spósito (1993) a propósito da luta das classes trabalhadoras pelo direito à educação pública.

Descortina-se aqui a importância do pensamento da filósofa política Hannah Arendt a propósito da república como governo dos cidadãos ativos, voltado para ampliar os espaços para este exercício, com livre debate de opiniões e capacidade de organização para além dos processos de representação, quer dizer, a produção da política nos espaços da democracia direta. O “bom governo” o é, na medida em que se articule de modo federado (poder horizontal) apoiado nas formas da democracia direta inventadas na ação (Arendt, 1988). Certamente é uma utopia, mas é a utopia necessária para construir um “horizonte de futuro” no mundo globalizado em que vivemos.

Faço, portanto, uma opção neste campo, pelo pensamento que situa o Estado como república para além da democracia formal, para além das eleições e do jogo de partidos, num diálogo entre Hannah Arendt e Rosa Luxemburg proposto por Carmelita Brito de Freitas Felício (2006). É um diálogo político referenciado na idéia da democracia como um valor histórico, em contraposição à democracia como valor universal (Lessa, 2007).

A luta política pela saúde: análise da epidemia de dengue

Voltemos a falar de saúde, de responsabilidade das autoridades diante dos problemas de saúde, dos sistemas e das políticas adequadas para sua abordagem e resolução. Trata-se então, face à perspectiva autoritária de programas verticais centralizados que está sendo apresentada como única possível, de contrapor o pensamento arendtiano da república como espaço federativo baseado na mais ampla participação popular possível, a favor de propostas de “programação estratégica local”

(Sabroza, 2008). Pois o local é o âmbito das forças atuantes no território, dos saberes locais e da inventividade da república que contém, em suas determinações, os níveis regional e global.

Examinemos agora a epidemia de dengue do ponto de vista político.

Começo por dizer que entendo doenças e epidemias como crises ou desorganização das relações nos níveis individual e coletivo de uma comunidade ou de um grupo social que deslegitimam a ordem social. Isso acontece quando a medicina e a política de saúde como respostas oficiais a estas crises fracassam. Há de se pressupor, evidentemente, a medicina como compensação individual e a política de saúde, no nível coletivo, a problemas decorrentes da estrutura social, uma concepção elaborada por Vicente Navarro (1977) e desenvolvida por Maria Andréa Loyola (1984). Importa desde logo dizer que doenças transmissíveis (tuberculose, dengue) e não-transmissíveis (cardíacas, câncer), estresse, violências, drogadição e obesidade estão relacionadas, de modo complexo, a problemas como desemprego, precarização das relações de trabalho, moderno trabalho escravo, migrações, sexismo e racismo característicos da atual estrutura sócio-econômica baseada no sistema capitalista.

Quando pensamos em epidemias como um aumento súbito e grande do número de doentes (casos de doenças), acima do limiar esperado, admitimos a permanência da doença em estratos da população socialmente vulneráveis. Então geralmente vinculamos doenças à pobreza. Mas as epidemias devem ser analisadas na relação entre pobreza e riqueza, tanto do ponto de vista da renda como dos meios e possibilidades de vida – o que inclui o acesso à infra-estrutura pública ou serviços básicos coletivos.

Epidemia como fato social é uma elaboração de Evan Stark (1977) mas como o acesso ao artigo dele é dificultado por não se encontrar disponível gratuitamente na internet, lanço mão da boa síntese e interessante apropriação do pensamento do autor citado desenvolvidas na tese de doutoramento de José Wellington Gomes Araújo sobre a epidemia de meningite ocorrida no município do Rio de Janeiro em 1990.

A dinâmica política da epidemia analisada por Stark (1977) baseia-se no caso da febre amarela ocorrida em Nova Orleans (EUA) em 1853, sistematizada em seis estágios. Cito aqui Araújo (2004: 88-9):

a) Condições para o aparecimento da febre amarela em Nova Orleans: cidade próspera e com escassez de mão de obra; intenso fluxo migratório e exploração intensiva da mão de obra; crise nos serviços e na habitação.

b) Recessão e êxodo: com a mortalidade pela epidemia o comércio fecha as portas e as pessoas fogem da doença e do desemprego.

c) *Colapso da autoridade: dissolve-se a infra-estrutura da classe média; ocorrem rebeliões e os prédios destinados à quarentena são incendiados.*

d) *Semblante da comunidade: as vítimas procuram alternativas nos remédios caseiros e práticas tradicionais; desenvolvem-se redes informais de ajuda mútua; ganham força as dimensões simbólicas do sofrimento, morte, salvação, misericórdia e heroísmo.*

e) *Reconhecimento da epidemia: a admissão do estado de calamidade implicaria em investimentos nos serviços sociais e na atenção médica, além de ser uma imagem ruim para o comércio, por isso as autoridades resistem. Mas, pressionadas pelos acontecimentos, elas reconhecem a epidemia, o que aumenta a crise mas, ao mesmo tempo, a delimita.*

f) *Reconstituição da autoridade: as redes informais de ajuda mútua são reconhecidas e absorvidas pelo aparato estatal, e algumas lideranças populares são inclusive investidas de poder de polícia, o que levou à fragmentação e enfraquecimento dessas organizações. Houve mudanças na legislação, com incorporação de mais autonomia para os trabalhadores, e as demandas imediatas foram atendidas.*

Como José Wellington argumenta em sua tese de doutorado, estes estágios ainda servem para interpretar as epidemias contemporâneas do ponto de vista político.

O uso que faço desta sistematização para entender a epidemia de dengue no Rio de Janeiro em 2008 é bastante limitado. Tenho a pretensão de fazer uma aproximação à abordagem de Stark para situar a questão proposta nesta mesa-redonda acerca da possibilidade “de se fundar um *ethos* público na saúde”.

Vejamos inicialmente como Stark (1977, 4-5) define a epidemia como um fato social:

Na medida em que se pode atribuir epidemias a causas sociais claramente definidas como pobreza, superpopulação ou distribuição desigual de serviços, elas podem ser pensadas como sendo – até certo ponto, propositadamente – feitas pelo, com e também para o povo. Neste contexto, sua definição é um fenômeno dinâmico constituído politicamente e também cientificamente, nas lutas que ocorrem junto com a doença física. Pretendo mostrar que pessoas, e mesmo cadáveres, não são simplesmente ordenados em séries por alguma força ou agente externo durante uma epidemia, mas que suas vítimas e perpretadores definem ativamente seu contexto e significado.

As condições para o surgimento da epidemia de dengue no município do Rio Janeiro durante o primeiro semestre do corrente ano foram, de acordo com Paulo Sabroza (2008b), determinadas pela:

- a) a ausência de circulação do dengue tipo 2 por mais de 10 anos;
- b) alta vulnerabilidade sócio-ambiental;
- c) baixa efetividade das ações de controle.

Ao lado do enorme número de suscetíveis, principalmente crianças, devido ao tempo decorrido desde a circulação do dengue tipo 2, cabe mencionar as dificuldades de saneamento básico e problemas de habitação – nos quais avulta a questão fundiária que foram condições favoráveis aos elevados índices de infestação do vetor – tudo convergindo para demonstrar, a priori, com base nos dados de 2007, o potencial de transmissão do dengue.

Um aspecto importante tem sido, historicamente, a baixa efetividade das ações de controle do vetor. A prefeitura, responsável pelo controle de vetores – insetos, ratos, etc. – deixou de aplicar nesta atividade 12 milhões de reais. De acordo com o Tribunal de Contas do Município, parte do recurso foi desviado para a remoção do lixo hospitalar. A fiscalização, ademais de precária, foi limitada em cerca de 40% dos imóveis, pois os agentes foram impedidos seja “por resistência dos moradores ou por terem sido barrados por traficantes nas favelas”. Por último, a baixa cobertura do Programa Saúde da Família (PSF) na cidade do Rio de Janeiro (com 147 equipes ou 5% das necessidades) também contribuiu negativamente, pois os agentes comunitários de saúde que desenvolvem trabalho de prevenção (O Globo, 09 de abril de 2008) não puderam ampliar sua atividade.

Por outro lado, a rede de saúde municipal está organizada para priorizar os serviços de urgência, sem o apoio amplo da atenção básica que seria capaz de identificar os casos graves de dengue para o atendimento de maior complexidade. O sistema municipal não tem, até o momento, esta capacidade.

Não é por acaso, portanto, que a Secretaria Municipal de Saúde tenha-se aferrado ao instrumental epidemiológico para afirmar que o número de casos estava abaixo do esperado em relação às epidemias anteriores.

A par da negação política oficial da epidemia, repetindo o observado em Nova Orleans em 1853 e na cidade do Rio de Janeiro em 1990, estamos diante de um problema estrutural, resultado da intensa medicalização das demandas sociais desde a implantação da medicina previdenciária estatal, mais fortemente a partir do regime militar que depois se segmentou, nos anos 1980, em setor privado autônomo e público (estatal-privado conveniado). A política de saúde, centrada na atenção médica, deslocou a ênfase na melhoria da qualidade de vida e, pois, na mudança dos determinantes de saúde e doença das populações, para favorecer a acumulação de capital do complexo médico-empresarial.

Poder-se-ia dizer que a epidemia afetou todos os grupos sociais na cidade do Rio de Janeiro. Mas não é verdade, pois o maior peso recaiu sobre a parte mais pobre. Experiências recorrentes da dengue desde 1986, têm levado a parte mais pobre da população da cidade do Rio de Janeiro a perceber que é quase sempre mais afetada do que a parte mais rica. De fato, epidemias são fenômenos de adoecimento coletivo que afetam desigualmente as populações, ao expressar em sua distribuição a estrutura de classes e de poder de uma sociedade. Ou seja, as epidemias afetam mais os grupos sociais sem propriedade, poder de manifestação e ‘vocalização de interesses’ nos governos responsáveis pela saúde pública. É o que podemos deduzir da notícia “Turismo já sofre efeitos da epidemia de dengue”, divulgada na Agência Brasil em 28 de março de 2008:

Os hotéis, disse, têm recebido telefonemas de agências e turistas indagando se estão próximos de áreas infestadas. "O turismo de lazer foi afetado, mas não o de negócios – a pessoa que vem a trabalho procura ficar longe das maiores concentrações de focos do mosquito transmissor", acrescentou.

O pânico desempenhou também seu papel na epidemia e, contrariamente à experiência pretérita de Nova Orleans, não conduziu a uma “fuga da classe média” e sim a tentativa de criar barreiras à infestação do vetor.

A burguesia carioca, moradora das áreas nobres da Zona Sul do Rio de Janeiro, reagiu à ameaça da epidemia com o uso do poder econômico, tentando estabelecer pelo bombardeio de inseticida uma espécie de “cordão ecológico” para protegê-la das demais áreas da cidade. No dia 2 de abril de 2008 o jornal O Globo publica, na página 17, matéria com uma fotografia que deveria constar nas manchetes: “Condomínio do Jardim Botânico lança nuvem de inseticida sobre o bairro”. Fica-se a saber que os moradores do condomínio Parque Monjope, que fica na área compreendida entre as ruas Jardim Botânico e General Tasso Fragoso, têm usado doses gigantescas de inseticida há algum tempo. De acordo com um porteiro de um prédio defronte o condomínio:

Antes mesmo desta epidemia já faziam isso. Aumentaram a frequência agora, para umas três vezes por semana. Quando soltam o fumacê, os carros até acendem o farol para passar na rua.

Ao ocupar o papel da prefeitura municipal no controle de vetores, o mercado capitalista acionado por pessoas jurídicas⁴ contribui mais para eliminar todos os insetos

⁴ Por curiosidade, registrei a expressão Parque Monjope, Rio de Janeiro, na página de busca da internet. Apareceu o nome da empresa Sanisystem, uma “empresa de desinsetização pioneira no conceito de equilíbrio ecológico” seguida de uma relação dos muitos clientes atendidos: Furnas, Laer Engenharia e

e matar passarinhos, do que para eliminar o mosquito *Aedes aegypti* já resistente ao veneno, como informou Maulori Cabral, professor de microbiologia da Universidade Federal do Rio de Janeiro na mesma matéria jornalística referida acima.

A responsabilização das autoridades tornou-se imediata quando a rede de urgência atingiu mais fortemente o setor privado que também entrou em colapso. Então o assunto entrou na pauta oficial da televisão: os repórteres adentram hospitais privados para retratar a situação dramática que afeta a outra metade da cidade que usa planos de saúde. A matéria do programa Bom dia Brasil de 01 de abril de 2008 começa por noticiar que há 67 mortos por dengue e grande sofrimento na porta dos hospitais. Fala dos hospitais de campanha “primeiro sinal de paz na guerra contra a dengue”, numa situação de colapso nos hospitais públicos e em seguida pergunta pela situação na rede privada que cobre 50% da população da cidade do Rio de Janeiro. Informa que um hospital particular na Zona Norte, de fevereiro para cá o número de atendimentos aumentou de 4.000 para 8.000. O número de casos de dengue notificados triplicou, passou de 100 para 300 por mês desde fevereiro. O crescimento foi rápido, de um dia para outro, diz a repórter. Depois a matéria fala de situação semelhante em hospital particular em Copacabana. O presidente da Federação dos Hospitais do Estado do Rio de Janeiro, José Carlos Abrahão, declara à reportagem que os hospitais privados estão funcionando no limite da capacidade de atendimento, sem dispor de vagas no serviço de pediatria.

Menos de um mês antes, o colapso do sistema de saúde já estava evidente, enquanto persistia a negação oficial da epidemia. Então o presidente do Sindicato dos Médicos do Estado do Rio de Janeiro, Jorge Darze, declarou publicamente que iria entrar com queixa-crime nos ministérios públicos estadual e federal contra as três esferas de governo – prefeitura, estado e união – por omissão e negligência diante da epidemia:

Está caracterizado que estamos vivendo no Rio um quadro grave de epidemia de dengue pelo grande número de casos notificados e que já não estão mais concentrados neste ou naquele lugar. Também muito nos preocupa que o estado viva até hoje dentro de um estado de calamidade pública na saúde, que foi

Arquitetura, CMN, Natan, Associação Britânica de Educação, Condomínio Atlântico Sul, Condomínio do Edifício Ana Beatriz Barra da Tijuca, Condomínio do Edifício Parque da Gávea, Condomínio Residencial Parque Monjope, Condomínio do Edifício Vieira Souto Ipanema, Chicô Gouveia Arquitetura Ltda, Condomínio Golden Green, F.P. Veiga Engenharia Ltda, Hochitief do Brasil S/A, Hospital Samaritano, Hospital São Vicente de Paula, Jairo de Sender, São Marcos Agropecuária Ltda e Tempore Engenharia.

reconhecido pelo presidente da república em 2005, disse Darze (Globo.com de 19 de março de 2008).

De fato, o SUS não se mostrou um meio adequado para a mobilização dos atores institucionais que deveriam estar igualmente comprometidos diante da calamidade. Sabemos que a responsabilidade mais imediata pelo acontecido é do município, mas a supervisão e a avaliação e a participação direta em ações suplementares são atribuições dos governos federal e estadual (Sabroza, 2008a).

E a organização popular? Diferentemente da epidemia de dengue de 1991, quando profissionais de saúde se juntaram ao movimento popular para denunciar a negação oficial da epidemia em praça pública, no movimento Se Liga Leopoldina, desta vez nem os representantes dos usuários se manifestaram, deixando patente como a dinâmica do controle da gestão do sistema dificulta a mobilização popular.

Outro lado da situação foi a perversidade e humor negro manifestadas durante a epidemia pelo diretor-adjunto da Defesa Civil do município, coronel José Sant'Ana Mateus que culpou a população pelos altos índices de infestação do vetor, ao mesmo tempo em que a página da instituição na internet divulgou uma charge no qual um mosquito pragueja, com as patas na cintura, diante do Cristo Redentor e do Pão de Açúcar: “Por que será que eu não consegui me criar nesse lugar?” (Folha de São Paulo on-line, 25/03/2008: “Site dos bombeiros do Rio ironiza mosquito da dengue):



<http://www1.folha.uol.com.br/folha/cotidiano/ult95u385517.shtml>

A culpabilização da população pelo nível de infestação do vetor foi, neste caso, apenas a exacerbação de uma representação social generalizada pelas autoridades e pela mídia que atribui ao indivíduo, ao cidadão, a responsabilidade pelos agravos ou doenças. O resultado, diz ainda Sabroza (2008a) nas epidemias, é que os indivíduos não

se reconhecem como parte da sociedade, do grupo ou do lugar. Para todo e qualquer problema, “o inferno são os outros” (Sartre).

Março foi o auge da epidemia. A contabilidade da tragédia registra no dia 20 de março 30 mortes em 23.555 casos registrados desde janeiro, das quais a maioria é de menores de 15 anos. No dia 22 de março, a Agencia Brasil noticia:

Rio de Janeiro - A busca por atendimento de pessoas com suspeita de dengue lotou os guichês de emergência neste sábado (22) nos hospitais públicos das zonas norte e oeste do Rio.

É neste momento (24 de março) que a autoridade federal, articulada à estadual, intervém oficialmente. Monta-se um sistema de atendimento emergencial de campanha na qual uma força-tarefa de militares apóia a ação de médicos contratados em caráter excepcional, a maioria vinda do Rio Grande do Sul. Logo em seguida, a TV Globo entra na campanha pela doação de sangue, convocando artistas para dar forma e corpo às palavras “mobilização e solidariedade” do lema “Todos juntos contra a dengue”. (RJTV, 27/03/2008)

A autoridade é reconstituída com apoio da “sociedade civil esclarecida” que lança ao esquecimento os dias de pânico, dor e sofrimento.

A título de conclusão: a responsabilidade do Estado e as opções de políticas.

A gravidade da epidemia de dengue de 2008 foi, diante do esperado e anunciado, a alta letalidade que poderia ter sido evitada não fosse a incapacidade do sistema de saúde proceder a uma triagem dos casos graves e trata-los adequadamente. Esta é a razão do colapso dos serviços e da autoridade que conduziu aos hospitais de campanha como parte da estratégia de “guerra contra a dengue”.

Mas o quadro mais abrangente desta crise é a do próprio SUS que no município do Rio de Janeiro apresenta uma profunda distorção na relação entre atenção básica e especializada, bem como de problemas administrativos e de gestão decorrentes de uma municipalização truncada. Prevalece o interesse privado sobre o público, o atendimento médico especializado sobre o clínico, a medicalização sobre as ações de saúde coletiva.

Obviamente a prevenção de novas epidemias e o enfrentamento do complexo perfil epidemiológico-social da população depende de políticas públicas adequadas de saneamento, habitação, uso do solo urbano e transporte, bem como da diminuição da desigualdade de renda. No entanto, a decantada intersetorialidade continuará a compor a retórica oficial, inclusive acadêmica, como letra morta enquanto não houver uma

pressão consistente para implementá-la. Qual a importância e o papel do Sistema Único de Saúde neste processo, inclusive como uma das premissas para a superação da crise a que nos referimos no início desta intervenção?

Como assinalou Gastão Wagner na resposta aos debatedores de seu artigo na revista *Ciência & Saúde Coletiva*, o SUS representa um conjunto de forças sociais que podem ser mobilizadas (Campos, 2007), com a ressalva feita de que, por ser um sistema misto, estatal-privado, nem todas as forças sociais têm interesse na mudança dos determinantes do processo saúde-doença, pois uma parte considerável do setor privado funciona como uma espécie de “indústria da doença”. Mas os profissionais e técnicos vinculados ao setor estatal, em aliança com as organizações dos usuários, dispõem e têm interesse na possibilidade legal de formular a política de saúde em cada esfera de governo. Registro aqui o art. 14º. Do projeto de lei da responsabilidade sanitária 4.010/2004, de autoria do deputado Roberto Gouveia (PT-SP), infelizmente arquivado em 2007 por falta de interesse político:

Os Planos de Saúde deverão prever a obtenção de resultados, de acordo com as metas pactuadas nas instâncias colegiadas do SUS, pelo menos de: redução das desigualdades em saúde; ampliação do acesso com qualificação e humanização da atenção; redução dos riscos e agravos; o aprimoramento dos mecanismos de gestão, financiamento.

A mobilização das forças interessadas na organização do SUS para a obtenção destes resultados é o que ainda devemos esperar e lutar para que aconteça, em cada conferência de saúde, nos níveis distrital, municipal, estadual, regional e nacional. Não há outra forma de quebrar com o monopólio dos interesses privados no interior do SUS senão por este processo, numa retomada do movimento da Reforma Sanitária em sua vertente popular-democrática.

Então fica evidente a responsabilidade de todas as autoridades sanitárias. O argumento técnico (epidemiológico) que aparece como uma vantagem política favorável à autoridade em qualquer nível de governo, precisa ser relativizado em cada conjuntura, na análise das situações críticas, de modo a estabelecer a intervenção concertada de todos os níveis de autoridade, cada qual com suas atribuições.

A participação popular não é uma coadjuvante e sim essencial da política pública, seja na determinação dos objetivos do sistema de saúde como assinalamos acima, seja na prevenção de agravos. Neste último aspecto há de se combinar, por exemplo, a democratização da informação sobre índices de infestação do vetor da

dengue nos bairros, de modo a redirecionar as ações de controle, como propõe Paulo Sabroza (2008a) com a mobilização espontânea da população, para evitar o predomínio de interesses ou de privilégios na relação com as autoridades.

Isso implica um novo olhar dos técnicos, gestores e profissionais de saúde sobre a população e os usuários dos serviços de saúde. Há de se reconhecer neles os cidadãos interessados no direito à saúde. Uma nova educação em saúde pública supõe abandonar qualquer tentativa de infantilizar os cidadãos, com base na alegada baixa escolarização ou ignorância científica da população. É fundamental encontrar a linguagem adequada para elevar o nível de consciência sobre o processo de saúde-doença: cada um de nós precisa entender a nossa vida como parte de uma ampla e diversificada “dinâmica entre populações”. A vida humana é uma disputa permanente com vírus, bactérias, protozoários. Assim tem sido há milhares de anos e continuará a ser por outros tantos, apesar do sucesso em erradicar alguns micro-organismos, imunizar populações e controlar as infecções com certo sucesso. Falar em educação significa, de um lado, apontar a responsabilidade dos governos pela oferta de serviços públicos básicos de qualidade para todos. Por outro lado, admitir que os meios de vida, como a água encanada, possam veicular, direta ou indiretamente, fontes de doenças e em certos casos de mortes, significa também lutar contra a omissão ou negligência das autoridades diante de sua responsabilidade pública.

Retomamos finalmente as contribuições da filósofa Hannah Arendt e da militante Rosa Luxemburg sobre a reflexão sobre o estado republicano democrático. Se assumirmos a necessidade de responsabilizar os governos, qual deve ser o seu sentido político, especialmente no caso da saúde em exame? Está claro, por tudo o que dissemos: o da democratização do Estado republicano.

Bibliografia

Agência Brasil, 26 de Março de 2008: Turismo já sofre efeitos da epidemia de dengue no Rio, aponta associação. Disponível em <http://www.agenciabrasil.gov.br/noticias/2008/03/26/materia.2008-03-26.0646477832/view>

Acesso em 14/11/2008.

Araújo, José Wellington Gomes, 2004. Saúde pública, epidemiologia e senso comum: epidemia de meningite como evento social. Tese de doutoramento. ENSP.

Arendt, Hannah, 1988. Da revolução. São Paulo: Editora Ática; Editora UnB.

Bresser-Pereira, Luiz Carlos, 2007. O modelo estrutural de governança pública. RERE – Revista Eletrônica sobre a Reforma do Estado, Salvador, n.10: julho/agosto.

Campos, Gastão Wagner de Sousa, 2007. Reforma política e sanitária: a sustentabilidade do SUS em questão? Ciência & Saúde Coletiva, v.12, n.2 Rio de Janeiro: 301-306, mar/abr.

Dicionário Aurélio Eletrônico Século XXI. Versão 3.0. Rio de Janeiro: Lexicom Informática Ltda/Editora Nova Fronteira, 1999.

Gaetani, Francisco, 2006. Tendências internacionais da gestão pública contemporânea. Brasília, Ministério da Saúde, comunicação apresentada no dia 28 de novembro de 2006. Disponível em:

http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/doc/apresentacao_decima.ppt

Acesso em 14/07/2008.

Globo.com. 19/03/2008: Sindicato dos Médicos diz que vai entrar com notícia-crime contra autoridades. Disponível em:

<http://g1.globo.com/Noticias/Rio/0,,MUL356664-5606,00.html>

Acesso em 14/07/2008.

Globo.com. Vídeo Bom Dia Brasil de 01/04/2008: “Hospitais privados ficam lotados por causa da dengue”.

<http://video.globo.com/Videos/Player/Noticias/0,,GIM810070-7823-HOSPITAIS+PRIVADOS+FICAM+LOTADOS+POR+CAUSA+DA+EPIDEMIA+DE+DENGUE+NO+RIO+DE+JANEIRO,00.html>

Acesso em 15/07/2008.

Felício, Carmelita Brito de Almeida, 2006. Pensar a democracia para além das eleições. Texto apresentado no Seminário “Problemas do estado Democrático Contemporâneo _ Eleições: limites e possibilidades da participação política democrática”, realizado em Goiânia em 2006. Disponível em

http://www.grupodemocracia.com/docs/Carmelita_Pensar%20a%20democracia%20para%20alem%20das%20eleicoes-comunicacao%20III%20Sem%20PDEC.doc

Acesso 14/11/2008.

Kissler, Leo e Heidemann, Francisco G., 2006. Governança pública: novo modelo regulatório para as relações entre Estado, mercado e sociedade? In: RAP, Rio de Janeiro, 40 (3): 479-99, maio/jun.

Lavalle, Adrián Gurza. Espaço e vida públicos: reflexões teóricas e sobre o pensamento brasileiro. Tese apresentada ao Programa de Pós-graduação em Ciência

Política da Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas da USP. São Paulo, 2001.

Lessa, Renato, 2002. A teoria da democracia: balanço e perspectivas. in Democracia – teoria e prática. Renato Monseff Perissinotto e Mario Fuks (orgs.). Rio de Janeiro: Relume-Dumará; Curitiba: Fundação Araucária.

Loyola, Maria Andréa, 1984. Medicina popular. In: Reinaldo Guimarães (org.) Saúde e medicina no Brasil: contribuição para um debate. 4ª. Ed. Rio de Janeiro: Graal.

Navarro, Vicente, 1983. Classe social, poder político e o estado e suas implicações na medicina. Textos de Apoio: Ciências Sociais – 1. Rio de Janeiro; PEC/ENSP: ABRASCO. pp 81-161.

Offe, Claus. Problemas estruturais do estado capitalista. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1984.

RJTV 1ª Edição > 27/03/2008 > Reportagens: Todos juntos contra a dengue
<http://rjtv.globo.com/Jornalismo/RJTV/0,,MUL365928-9097,00.html>

Acesso em 13/07/2008.

Sabroza, Paulo, 2008a. Dengue no rio de janeiro: crise e controle de endemias no SUS. Rio de Janeiro, Escola Nacional de Saúde Pública: Encontro de Conjuntura e Saúde - 'O Aprendizado Político da Epidemia de Dengue no Rio de Janeiro aos 20 anos da Reforma Sanitária' - 16 de maio de 2008. Disponível em:

<http://www.ensp.fiocruz.br/biblioteca/home/exibedetalhesBiblioteca.cfm?ID=5631&tipo=B> Acesso em 13/07/2008.

_____, 2008b. Brasil deve aprender com a epidemia de dengue no Rio. Entrevista concedida ao Informe ENSP em 07 de abril de 2008. Disponível em

<http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/entrevista/index.php?id=9624>

Acesso em 13/07/2008.

Sartre, Jean-Paul, 2007. Entre quatro paredes (Huis Clos). Rio de Janeiro: Civilização Brasileira.

Silva, Benedicto (org.) Dicionário de Ciências Sociais. 2ª ed. Rio de Janeiro: Editora da FVG, 1987.

Spósito, Marília Pontes, 1983. A ilusão fecunda: A luta por educação nos movimentos populares. São Paulo: HUCITEC.

Stark, Evan, 1977. The Epidemic as a Social Event. In: *International Journal of Health Services*, v.7, n. 4. Versão em língua portuguesa de Carlos Roberto Oliveira.