

Produção de conhecimentos, ação política e equidade: contribuições do Observatório de Análise Política em Saúde (OAPS)

Knowledge production, political action and equity: observatory of political analysis in health (OAPS) contributions

Maria Guadalupe Medina

Pesquisadora do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia. Médica sanitária. Doutora em Saúde Pública. Mestre em Saúde Comunitária. Coordenadora Executiva do Observatório de Análise Política em Saúde (OAPS)
Salvador-Bahia, Brasil.
medina@ufba.br

Jairnilson Silva Paim

Professor titular do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia. Médico. Doutor em Saúde Pública. Mestre em Medicina. Coordenador Geral do Observatório de Análise Política em Saúde (OAPS)

Resumo

O enfrentamento das desigualdades é uma questão de extrema complexidade e avanços na situação de saúde das populações não necessariamente vêm acompanhadas de redução das iniquidades. Este artigo apresenta a concepção e descreve a experiência de construção do Observatório de Análise Política em Saúde (OAPS), ao tempo que busca discutir até que ponto o OAPS se constitui em uma ferramenta capaz de contribuir com a adoção da perspectiva da equidade na formulação e implementação das políticas e da pesquisa em saúde no Brasil. Apresenta-se uma breve contextualização das desigualdades em saúde no Brasil; descreve-se as origens, fundamentos e arquitetura do OAPS dialogando com alguns referenciais teóricos da ação social e de políticas de saúde; e argumenta-se que o OAPS se constitui em uma ferramenta potente para lidar com as questões de pesquisa, com a prática da investigação, com a difusão de resultados, com a análise política em saúde e com o estudo de políticas de saúde, tendo como foco a equidade.

Palavras Chave:

Equidade em saúde, Política, Pesquisa em Sistemas de Saúde Pública, Observatórios nacionais de saúde, Brasil.

Abstract

Addressing inequalities is a matter of extreme complexity and advances in population health are not necessarily accompanied by a reduction in inequities. This article presents the conception and describes the experience of building the Observatory of Political Analysis in Health (OAPS), while trying to discuss to what extent the OAPS constitutes a tool capable of contributing to the adoption of the perspective of equity in the formulation and implementation of health policies and research in Brazil. It is presented a brief contextualization of health inequalities in Brazil; it is described the origins, fundamentals and architecture of the OAPS in dialogue with some theoretical references of social action and health policies; and it is argued that OAPS is a powerful tool for dealing with research issues, research practice, dissemination of results, health policy analysis, and health policy study focusing on equity.

Key Words:

Health equity, Politics, Public Health Systems Research, National health observatories, Brazil.

1. Introdução

No Brasil, como em diversos países do mundo, têm sido observados consideráveis processos de mudança na conformação do sistema de saúde, resultados de reformas institucionais e sociais mais globais que ganharam expressão setorial importante. No caso da Reforma Sanitária Brasileira (RSB), é consenso entre diversos autores que as lutas pela saúde foram subsidiárias das lutas pela democracia no final dos anos 70 e década de 80, e que o Sistema Único de Saúde (SUS), considerado um dos maiores sistemas públicos do mundo, representou uma inflexão radical na configuração e organização do sistema [1, 2].

Entretanto, apesar de ter por substrato princípios e diretrizes abrangentes, incluindo a universalidade, igualdade e integralidade da atenção, a trajetória de quase 30 anos do SUS tem sido marcada por inúmeras contradições: parcelas importantes da população continuam desassistidas e com dificuldades de acesso [3, 4] a estrutura das unidades de saúde é precária em inúmeros casos [5], há problemas de qualidade dos serviços [6] na oferta e distribuição de medicamentos [7], na efetividade do controle social [8], há inúmeras desigualdades regionais e de grupos sociais [9] que atestam as idas e vindas e a grande complexidade dos processos de mudança.

Nesse particular, cabe destacar certas dificuldades enfrentadas pelo SUS no que diz respeito à operacionalização dos princípios da igualdade e da equidade. Ainda que se observe uma significativa produção de publicações contemplando esses princípios doutrinários, parte dela utiliza tais noções como sinônimos e uma proporção ainda menor empenha-se em explicitar definições, conceitos e referenciais teóricos relacionados com os mesmos. Do ponto de vista semântico e etimológico, a palavra *equidade* está próxima da *igualdade* e ambas podem ser admitidas como sinônimos. São consideradas contraponto para as desigualdades, sejam as sócio-econômicas, sejam as de saúde. Em texto muito divulgado pelo Escritório Regional da OMS na Europa, ressalta-se que equidade supõe superar diferenças evitáveis, desnecessárias e consideradas injustas [10].

No Brasil, por exemplo, a equidade tem sido compreendida, normativamente, como a obtenção igualitária, entre os cidadãos, de ações e serviços no âmbito do SUS [11]. Sugere uma perspectiva restrita de operacionalização, centrada exclusivamente no acesso a bens e serviços de saúde.

O enfrentamento das desigualdades é uma questão de extrema complexidade e avanços na situação de saúde das populações não necessariamente acompanhada de redução das iniquidades. Às vezes ocorre o contrário. A literatura tem demonstrado que nem sempre, ou quase nunca, as intervenções voltadas para a melhoria de indicadores

de saúde apresentam correspondência com a sua melhoria entre os grupos mais excluídos. O estudo de Gwatkin (2002) [12] sobre políticas públicas é ilustrativo e apresenta resultados impressionantes: a revisão internacional mostrou que não houve sequer um país em que os 20% mais pobres da população tenha recebido ao menos 25% do benefício econômico dos gastos de governo.

Nesse ponto, cumpre assinalar a importância da investigação permanente dos resultados das intervenções em saúde por referência ao alcance da equidade e da implementação de meios de difusão de um pensamento crítico e comprometido com a inclusão social, que fortaleça a adoção da perspectiva da equidade tanto na implementação das políticas públicas quanto no desenvolvimento da pesquisa em saúde.

Em diversos países, as preocupações com os efeitos da crise econômica e do cenário político no estado de saúde das populações e na organização dos sistemas de saúde têm suscitado a emergência de Observatórios. Estes utilizam informações dos sistemas de monitorização, avaliação e vigilância, mas não se propõem a ser meras “*réplicas ou substituições de quaisquer partes dos sistemas de informação sanitária ou de repositórios crus ou inteligentes de estatísticas de saúde*”. A missão dos observatórios está estritamente relacionada com a sistematização do conhecimento produzido e com a realização de análises críticas e elaboração de proposições adequadas, identificando lacunas e promovendo melhorias nos processos de informação sanitária, e articulando os centros produtores de conhecimento com os centros de decisão política em saúde [13].

Recentemente, o Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia (Brasil) liderou um grande projeto de pesquisa [14] cujo propósito incorporava, além da produção de conhecimento científico sobre políticas de saúde, o *compromisso com a construção e fortalecimento de sistemas universais de saúde, [...] baseados nos princípios da solidariedade, equidade, universalidade e integralidade da atenção à saúde*, utilizando como uma das estratégias para o alcance desse objetivo a formulação e implementação de um Observatório de Saúde.

Este artigo apresenta a concepção e descreve a experiência de construção do Observatório de Análise Política em Saúde (OAPS), ao mesmo tempo que busca discutir até que ponto o OAPS se constitui em uma ferramenta capaz de contribuir com a adoção da perspectiva da equidade na formulação e implementação das políticas e da pesquisa em saúde.

2. Contextualização

No início da década, um balanço da situação de saúde da população e do sistema de saúde brasileiro deu origem a um número especial da série *Lancet: Health in Brazil* (2011). Nessa oportunidade, foi possível identi-

ficar avanços importantes da situação de saúde (como a melhoria da expectativa de vida, controle de doenças imunopreveníveis, doenças respiratórias, SIDA, tuberculose, entre outros) [15], assim como progressos na organização do sistema (como a expansão da atenção primária e melhoria do acesso às emergências, universalização da cobertura vacinal, expansão de recursos tecnológicos e de produção de medicamentos essenciais, entre outros) [16]. Ao mesmo tempo, assinalava-se o subfinanciamento crônico do sistema público aliado ao crescimento do mercado privado de saúde subsidiado pelo Estado, limites importantes na garantia da universalidade, equidade e sustentabilidade do sistema a longo prazo [16].

Com relação à equidade, indicadores que mensuram desigualdades em saúde mostraram melhoria importante entre a década de 90 e o início dos anos 2000. Segundo o IBGE, o índice de Gini foi estimado em 0,56 no período 2010-2013, e girava em torno de 0,6 no início dos anos 90. Ainda assim, o país ocupa a décima posição mundial em desigualdade. O índice de Palma, utilizado internacionalmente¹, reduziu de 4,3 para 3,1 entre 2004 e 2014 [17]. Entretanto, há fortes indícios que a situação esteja piorando em anos mais recentes. O Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), por exemplo, estabilizou em 2014 fazendo o Brasil ocupar a 79ª posição no *ranking* mundial [18], a parcela de brasileiros abaixo da linha da pobreza aumentou pelo segundo ano consecutivo em 2016 e o índice de Gini teve a primeira elevação (0,52) após muitos anos de tendência a melhoria. A pobreza subiu 19,3% apenas no ano de 2015 sendo que enquanto a média de renda caiu 7%, para os 5% mais pobres, a queda foi de 14%, ou seja, duas vezes mais [19].

A tendência em piorar dos indicadores não surpreende, diante da crise que o país atravessa e da redução dos investimentos nas áreas sociais, com efeitos negativos na situação de vida e saúde das populações, especialmente as mais vulneráveis, como alertam especialistas no assunto [20]. A crise econômica, política, social e institucional trouxe consigo “*intensificação de tensões e conflitos relacionados a questões de gênero, raça/etnia e, em última instância, a vigência da luta de classe, acirrada, nesta conjuntura, pela insatisfação da elite com os resultados das políticas de combate à pobreza e inclusão social desenvolvidas nos últimos 13 anos*” [21].

No final do ano de 2016 foi publicado um número especial do *International Journal for Equity in Health* cujo objetivo era apresentar um panorama da situação brasileira em relação às iniquidades em saúde, a partir de dados da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS 2013). As principais conclusões apontaram para melhoria de indicadores relacionados com as condições de saúde da população, com redução de iniquidades no que tange à

saúde materna e reprodutiva e à realização de consulta médica e odontológica. Por outro lado, chamava a atenção para a desaceleração dos progressos no acesso a serviços de saúde, a partir de 2008, e a permanência de desigualdades em saúde, mesmo em situações onde foram evidenciadas melhorias (como em relação à saúde do idoso) e até piora em alguns casos, como a ocorrência de diabetes, com a tendência de ampliação de disparidades ao longo do tempo [22].

3. A experiência do Observatório de Análise Política em Saúde (OAPS)

O Observatório de Análise Política em Saúde foi implantado em 2015, sendo constituído por uma rede de pesquisadores de Planejamento e Gestão em Saúde no Brasil, vinculados a mais de 15 instituições de pesquisa, liderado pelo Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia (ISC-UFBA).

Origens e fundamentos

O OAPS (<http://observatoriodeanalisepoliticaem-saude.org>) resultou de uma proposta que concorreu a um Edital do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) [23] elaborada por docentes e pesquisadores do ISC/UFBA, juntamente com parceiros de outros centros de pesquisa, ensino e cooperação técnica do país, integrando o Projeto Análise de Políticas de Saúde no Brasil (2013-2017).

A missão do Observatório é “*proporcionar um espaço de reflexão e análise crítica das políticas de saúde no Brasil*”, pautando-se em quatro princípios fundamentais: “*comprometimento com a defesa da saúde enquanto direito das pessoas e da cidadania como princípio da relação dos indivíduos com o Estado*”; “*compromisso com a construção e fortalecimento de sistemas universais de saúde, de natureza pública baseados nos princípios da solidariedade, equidade, universalidade e integralidade da atenção à saúde*”; “*produção de um pensamento crítico sobre a realidade, alicerçado em bases científicas e eticamente responsáveis*” e “*autonomia de pensamento em relação a interesses de grupos ou instituições*” [24].

O OAPS se organiza em 12 eixos temáticos de pesquisa, por referência às políticas específicas que acompanha e sobre as quais são recortados os objetos de investigação². Foram definidos sete objetivos centrais: “*a) realizar o acompanhamento de políticas de saúde selecionadas; b) promover o debate fundamentado sobre decisões no âmbito de políticas de saúde específicas; c) sistematizar a produção de*

1 - Relação entre o percentual do total dos rendimentos apropriados pelos 10% com maiores rendimentos sobre o percentual do total dos rendimentos apropriados pelos 40% com menores rendimentos.

conhecimento científico sobre questões de relevância no âmbito de políticas de saúde específicas; d) contribuir com a democratização da informação e da veiculação de pontos de vista plurais no âmbito das políticas de saúde; e) favorecer a inclusão social através da criação de espaços de expressão de movimentos sociais em saúde; g) servir de instrumento pedagógico e estímulo à capacidade crítico-reflexiva de alunos na análise de políticas de saúde” [24].

O público alvo que o OAPS procura alcançar é constituído por académicos, pesquisadores, gestores, trabalhadores e organizações da sociedade civil, especialmente os movimentos sociais através de suas lideranças ou representantes. Não está submetido a um vínculo governamental, embora tenha sido financiado por órgão federal de fomento à pesquisa e esteja sediado numa universidade pública federal. A ancoragem académica confere autonomia e pluralidade, permitindo o exercício de uma perspectiva ética e política plural e inclusiva, embora não neutra, afinada com a missão da universidade pública e de excelência.

Sua estrutura de governança inclui uma coordenação geral e um conselho gestor, aos quais se vinculam uma coordenação executiva e um grupo operativo que implementam as decisões tomadas. Há, ainda, um conselho consultivo composto por representantes dos grupos de pesquisa e instituições integrantes do Observatório, de modo que as decisões estratégicas podem ser discutidas e aprovadas em instâncias com ampla participação de seu corpo de pesquisadores.

O formato de governança do OAPS, assim como todo o seu desenho, foi concebido autonomamente pelo grupo que liderou sua implementação, tendo como guia os princípios norteadores e os pressupostos teórico-metodológicos que fundamentaram a elaboração do projeto de pesquisa, não sofrendo, até ao presente, qualquer tipo de constrangimento por parte de instituições financiadoras ou de ensino e pesquisa às quais se vinculava o projeto. Nesse particular, vale a pena destacar a autonomia do grupo que liderou a execução do projeto, no tocante à gestão e à condução intelectual do projeto, isto é, das formas de articulação, engajamento e participação dos pesquisadores, de produção de conhecimento e de difusão de informação em seus diversos tipos e formas.

Arquitetura, produtos e serviços

A arquitetura do OAPS (Figura 1), cuja modelagem foi concebida em sucessivas camadas, com estratos e perfis distintos de análise da realidade social da saúde, baseia-se numa engenharia que privilegia a democratização do conhecimento científico e a produção de informação relevante para a ação política.

A investigação científica está na base do OAPS, sustentada pela produção intelectual e política do campo da

Saúde Coletiva, em especial, da área de Política, Planejamento, Gestão e Avaliação em Saúde. Os produtos específicos dessa camada, em formatos tradicionais de divulgação da pesquisa académica, podem ser obtidos através do site do Observatório (<http://www.analisepoliticaemsaude.org/>), ou do Centro de Documentação Virtual (<http://analisepoliticaemsaude.org/cdv/home/>) que incorpora um arsenal mais vasto, utilizado em grande parte das investigações realizadas. Essa camada de fundação, base da estrutura do OAPS, está disponível aos usuários que podem beneficiar do acesso a todo tipo de material, não apenas os produtos e as referências utilizadas como fontes de pesquisa dos 12 eixos temáticos (estado da arte) mas, também, de documentos e sítios oficiais, textos sobre teorias e metodologias usadas nas pesquisas da área, e documentos produzidos por organismos da sociedade civil organizada: entidades, partidos políticos e movimentos sociais.

Uma segunda camada da arquitetura do OAPS está voltada para a monitorização das políticas, sendo apresentados, através de textos breves, relatórios anuais sobre as políticas de saúde que são acompanhadas pelo Observatório. Para a elaboração dos relatórios, são coletadas informações produzidas por sítios governamentais, entidades profissionais, movimentos sociais, além de sistemas de informação em saúde, artigos e outros documentos considerados pertinentes, respetivamente, para cada eixo. O propósito é produzir uma análise circunstanciada de cada política ao longo do tempo - análise da política -, especialmente quanto à sua implantação, financiamento e resultados, levando em conta a dinâmica das relações entre os atores - análise política -, ou seja, a análise do processo político na formulação e implementação das políticas públicas. Os textos produzidos são especialmente úteis para subsidiar a análise da conjuntura brasileira [25] e alimentar outros estudos, além de disponibilizar ao usuário uma síntese de informações que ele teria dificuldades em compilar e sistematizar. Os principais acontecimentos, bem como o contexto em que foram produzidos, são apresentados numa linha do tempo, contribuindo com a análise histórica das políticas. O usuário pode observar os eventos críticos nas diferentes conjunturas e o posicionamento dos atores envolvidos. Não apenas como uma análise linear do que aconteceu, com os factos que tradicionalmente são encontrados em qualquer documento, mas favorecendo o entendimento sobre a dinâmica do processo político que produziu tais factos.

A segunda camada do OAPS representa o primeiro esforço de tradução do conhecimento produzido em textos mais amigáveis para o usuário que não está vinculado a um ambiente académico. Pode ser considerada uma espécie de metainformação, pois compila e analisa um conjunto de dados a partir de uma matriz própria,

ao tempo em que apresenta os resultados da análise em um formato e linguagem mais acessíveis que as comunicações científicas.

A terceira camada do OAPS é aquela que apresenta uma interface mais imediata com o usuário e a partir da qual ele pode interagir. Com o apoio de jornalistas e profissionais de *webdesigner*, é onde se opera, de facto, a tradução (ou translação) da linguagem científica e metodologicamente mais hermética, para uma linguagem orientada principalmente para o ato de comunicar³ [26, 27]. As conexões nesse nível são estabelecidas através de:

a) notícias - que apresentam e dão um tratamento específico à produção divulgada pelo OAPS; b) textos de usuários do OAPS (sobretudo pesquisadores, até o momento) que analisam e se posicionam frente a eventos ou factos da conjuntura, relacionados com as políticas de saúde (na seção Debates e Pensamentos); c) entrevistas de convidados do Observatório (em geral, indivíduos pertencentes ao campo científico, mas com militância política no campo da Saúde Coletiva); e) vídeos produzidos pelo Observatório (documentários e outros).

Ressalta-se, nesse particular, as características pretendidas pela comunicação em contexto de jornalismo digital, em que se busca uma interação mútua e colaborativa entre usuário e veículo de comunicação - no caso, o Observatório [28]. É interessante refletir sobre essa singular característica da tecnologia da qual se faz uso no Observatório, pois ela está em sintonia e adequa-se à perspectiva colaborativa da rede de pesquisadores que integram o OAPS, rede esta constituída por um conjunto heterogêneo de docentes e estudantes dos eixos de pesquisa, com interesses, formas e intensidade de participação e vinculação diversos, mas que se alinham em torno dos princípios e objetivos comuns do OAPS. Pode suspeitar-se, neste caso, que o Observatório replica “para fora” aquilo que experiencia “para dentro” ou, em outros termos, que o exercício do agir comunicativo [29] na integração (real, mas que se dá através

Fig.1 - Arquitetura do Observatório de Análise Política em Saúde (<http://www.analisepoliticaemsaude.org/>)



da realidade virtual) dos pesquisadores, condição que viabiliza a própria existência do OAPS, tem expressão no mundo virtual, transcendendo as formas interativas e colaborativas de comunicação na relação (externa) entre pesquisador-usuário, relação esta que se dá mediante uso de tecnologia digital.

Como bem assinalam Teixeira e Paim [25], “...a implantação do site do OAPS (...) representa uma mudança tecnológica que incide sobre a organização do processo de trabalho da Rede de pesquisa (...) e implicou na definição de mecanismos de sistematização e difusão de informações científicas e políticas que ultrapassam o formato tradicional de artigos em periódicos, capítulos e livros, cujo tempo editorial

2 - Os eixos temáticos do OAPS são: Análise do Processo da Reforma Sanitária Brasileira no Período 2007 a 2016; Acompanhamento de Iniciativas do Poder Legislativo Federal em Saúde; Acompanhamento das Decisões Judiciais Relativas à Saúde; Estudos e Pesquisas em Políticas de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde; Estudos e Pesquisas em Atenção Primária e Promoção da Saúde; Trabalho e Educação na Saúde; Análise de Políticas de Saúde Voltadas para a Infância; Políticas de Medicamentos, Assistência Farmacêutica e Vigilância Sanitária; Análise de Políticas de Saúde Bucal no Brasil; Análise Sócio-Histórica de Políticas de Saúde; Modelos de Gestão Hospitalar no Sistema Único de Saúde (SUS); Mídia e Saúde.

3 - Veja-se, nesse particular, a teoria da tradução / translação, presente nos trabalhos de Bruno Latour, Michel Callon e outros autores, que problematiza a articulação entre ciência, tecnologia e sociedade. O processo de tradução é fundamental para a expansão e consolidação da rede sócio-técnica, formada por atores (actantes) com identidades e interesses próprios, mas que se alinham de maneira crescente (a partir do alinhamento de objetivos) e à medida em que a rede se consolida.

próprio se estende por meses e até anos. O desafio de implantar o site do OAPS representou, portanto, uma oportunidade para se trabalhar com outra dimensão temporal, um tempo comprimido, acelerado, com o propósito de oferecer aos usuários, o mais rápido possível, os resultados do trabalho cotidiano do conjunto de pesquisadores envolvidos no acompanhamento do processo político em saúde (...).

4. OAPS: uma ferramenta para o SUS em prol da equidade em saúde?

Neste tópico procura argumentar-se que o OAPS se constitui, conforma e organiza como uma rede de pesquisadores que se materializa numa ferramenta virtual com potência distintiva em prol da defesa da equidade em saúde.

A criação do OAPS é consentânea com recentes iniciativas de âmbito internacional que resultaram na emergência de Observatórios de Saúde. Entre os propósitos dessas iniciativas destaca-se o de realizar análises e sistematizar informações de saúde de alto nível, produzindo uma “inteligência” sobre questões críticas e atuais da saúde da população e seus determinantes, ao mesmo tempo que, também, pretende reduzir as lacunas existentes entre a Academia e decisores políticos [13]. Além disso, os observatórios produzem dados e informações para a formulação de políticas públicas, podendo incluir a análise, a crítica, a síntese e a intervenção [30]. A sua missão pode concentrar-se no desenvolvimento de políticas de saúde, contribuindo para aqueles que fazem ou influenciam tais políticas [31]. Assim, é comum verificar uma vinculação a instituição governamental, mesmo contando com o apoio de universidades com troca de experiências e disseminação de métodos e resultados. No caso do National Health Service (NHS), por exemplo, os observatórios foram inseridos numa agência governamental de Saúde Pública [32]. Recentemente, nos Estados Unidos foi organizado um observatório de saúde, sob a orientação acadêmica do Departamento de Epidemiologia e do Instituto de Saúde Urbana da Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health (BSPH), articulando a formação profissional em Saúde Pública numa plataforma para o ensino e pesquisa, e oferecendo uma infraestrutura física e metodológica para alunos, docentes e parceiros [33]. No Brasil, também é possível identificar observatórios vinculados a órgãos de governo, como a Rede ObservaRH, ligada ao Ministério da Saúde (<http://www.observarh.org.br/>), e outros inseridos em ambiente acadêmico, a exemplo do Observatório de Saúde Urbana de Belo Horizonte (OSUBH), com objetivos ligados à pesquisa e ao planejamento de saúde [34]. Nessa perspectiva, os observatórios de saúde têm ressaltado a

problemática das desigualdades em saúde, fornecendo informações que contribuam para a formulação de políticas baseadas em evidências [35].

Embora inspirado em experiências internacionais – especialmente o Observatório Europeu de Sistemas e Políticas de Saúde (<http://www.euro.who.int/en/about-us/partners/observatory>) e o Observatório Iberoamericano de Políticas e Sistemas de Saúde (<http://www.oiapss.org>) – o OAPS caracteriza-se pela sua não vinculação a instituição governamental. Ao inserir-se numa universidade pública, articulando uma rede de pesquisadores de diferentes centros de investigação e de ensino, goza de uma autonomia relativa que lhe permite o exercício de uma crítica fundamentada, respeitando os padrões de rigor acadêmico e de ética, e a capacidade propositiva no âmbito das políticas e da gestão em saúde.

No tocante à questão das desigualdades em saúde, ao estabelecer-se como um ente portador de autonomia relativa e pensamento plural, o OAPS constitui-se numa ferramenta muito potente para lidar com as questões de pesquisa, com a prática da investigação, com a difusão de resultados, com a análise política em saúde e com o estudo de políticas de saúde, tendo como foco a equidade.

5. Discussão

O primeiro ponto que merece uma reflexão diz respeito à mencionada autonomia relativa por referência ao campo político, tal como concebido na aceção bourdieusiana [36]. Tal construção permite o exercício do pensamento crítico científico ou, em outros termos, a produção de análises das tomadas de posição dos agentes do campo político com independência relativa⁴. Ademais, agrega-se a esta possibilidade uma outra, potenciadora da primeira, qual seja, a diversidade de pontos de vista (a partir das respetivas posições) dos agentes do campo científico (pesquisadores), portadores, estes, de diferentes trajetórias e experiências institucionais. Como agentes do espaço da Saúde Coletiva que transitam tanto no campo político quanto no campo científico [37], são potencialmente portadores de visões distintas (não necessariamente conflituantes), não apenas por suas diferentes inserções no campo político mas, também, por suas afinidades e tradições epistemológicas, teóricas e metodológicas. Vale a pena lembrar que, apesar de tais distinções, este corpo de pesquisadores se estrutura em corpo pelo *habitus* científico e pela pertença ao espaço da Saúde Coletiva.

Um segundo ponto a problematizar diz respeito aos processos de gestão e de trabalho dos pesquisadores do OAPS. Nesse aspeto particular, toma-se como re-

ferência a concepção de organização elaborada por Testa (1997) [38] para refletir sobre o funcionamento e a gestão do OAPS. Para este autor, há uma distinção entre o que seja instituição (o matrimônio, a empresa, a legislação) e organização (o casamento, o processo de trabalho, a discussão pública). A organização reporta-se à forma de relação entre as pessoas para a realização de alguma tarefa ou cumprimento de uma função, relacionamento este que se redefine de forma permanente. A instituição, por sua vez, apresenta uma estrutura que deixou de ser “dissipativa” para adquirir solidez e permanência, garantindo a sua continuidade mediante um comportamento estável. A organização critica a instituição, gerando uma tensão permanente entre função e estrutura, que pode ser compreendida como tensão entre o instituinte e o instituído, consoantes, respectivamente, com a legitimidade e a legalidade dos processos sociais. Tanto a construção do instituinte quanto a legalização do instituído se fazem, necessariamente, através da atividade de atores sociais, e a mudança resulta do pensamento crítico sobre o instituído (p.58 e 59).

Considera-se que o OAPS é uma organização, no sentido atribuído por Testa (1997), ancorada em uma instituição – ISC/UFBA que, pela sua natureza (de base científica e virtual), composição (pesquisadores vinculados a múltiplas instituições) e pressupostos (princípios e governança) tende a estabelecer-se permanentemente no lugar do instituinte. De facto, a sustentação científica (com uma compreensão de ciência produtora de verdades provisórias) é potencialmente dinamizadora e a afirmação do pensamento crítico como guia da prática de pesquisa e da ação política, tradição da Saúde Coletiva no Brasil, tende a reforçar configurações que se movem no tempo. Um dos exemplos disso é o surgimento de um novo eixo de pesquisa (Mídia e Saúde) em apenas dois anos de existência do Observatório. A perspectiva científica, ademais, tem contribuído com a reflexão permanente dos referenciais teóricos e metodológicos que orientam a investigação científica em política, planejamento, gestão e avaliação em saúde e, de certa forma, dá a direccionalidade dos processos de trabalho do OAPS, na medida em que os produtos e serviços ofertados são produzidos de acordo com a própria dinâmica de funcionamento dos grupos de pesquisa.

Vale a pena mencionar que a composição dos grupos de pesquisa no formato em que são estabelecidos no Instituto de Saúde Coletiva, que lidera a maioria dos grupos de pesquisa do OAPS, incorpora a participação de pesquisadores, estudantes, mas também, de outros agentes representantes de movimentos sociais e da sociedade civil. No âmbito dos grupos de pesquisa, há espaços de discussão dos objetos e resultados dos projetos de investigação. A existência de reuniões

regulares, fóruns, seminários, colóquios, oficinas de trabalho e outras atividades afins, abertas ao público externo e com participação de representantes da sociedade mediante convite são usuais. Como exemplo, pode ser ressaltado o amplo processo de discussão dos textos relativos ao acompanhamento das políticas em 2016, que foi organizado em sessões semanais por um período de 3 meses (de dezembro de 2016 a fevereiro de 2017). Assim, a abertura e permeabilidade, harmônicas à natureza instituinte do OAPS, conferem uma dinâmica própria a essa organização, favorecendo um processo produtivo participativo, com voz ativa de agentes externos à Academia, que contribui, nessa perspectiva, com a incorporação da equidade.

Finalmente, um terceiro ponto a discutir diz respeito às formas de comunicação e ao modelo tecnológico adotado pelo Observatório. É um desafio permanente dos integrantes do OAPS traduzir, transformar o conhecimento científico noutro tipo de informação, capaz de ser assimilada, digerida e utilizada por aqueles que podem influenciar as políticas, especialmente, a sociedade civil organizada, as instituições, os movimentos sociais e os gestores. Trata-se, portanto, da transmutação da linguagem científica, técnica e política [26, 27], sem a qual o Observatório seria incapaz de cumprir sua missão. Isso requer criatividade e expertise, incorporando ao processo de trabalho agentes de outras áreas de conhecimento como tecnologia de informação, comunicação, *webdesigner*, produção visual, entre muitas outras. Nesse sentido, o êxito do OAPS reside na articulação e integração de um conjunto de competências cuja produção requer a intencionalidade de abertura ao novo, o exercício de ruptura de fronteiras linguísticas e de matrizes discursivas de modo a que se produza uma comunicação eficiente e de dupla via, onde os interessados, além de serem alcançados, sejam proativos, estabelecendo-se uma verdadeira interlocução.⁵

4 - É relativa, dado que há interfaces e entrecruzamentos dos diversos campos no espaço social onde transitam os agentes.

5 - Distintos referenciais relativos às teorias da ação social têm sido acionados em algumas teses produzidas no ISC/UBA nessa perspectiva, tais como Habermas (comunicação), Paulo Freire (pedagogia) Ricardo Bruno (tecnologia) Latour (rede sociotécnica) Testa (sujeito epistêmico), entre outros:

Habermas J. (1987). Relaciones con el mundo y aspectos de la racionalidad de la acción en cuatro conceptos sociológicos de acción. In: Habermas J. Teoría de la acción comunicativa I. Madrid: Taurus: (1ª ed, 1981) pp 110-146. / Freire P (1983). Extensão ou comunicação? 7ª ed. Rio de Janeiro, Paz e Terra, 93 p. / Latour, B. Changer de société: refaire de la sociologie. Paris: la découverte, 2006. / Mendes Gonçalves. RB. (1994). Tecnologia e organização social das práticas de saúde: características tecnológicas do processo de trabalho na Rede Estadual de Centros de Saúde de São Paulo. São Paulo: HUCITEC/ABRASCO. / Testa, M. Saber en Salud. La construcción del conocimiento. Buenos Aires: Lugar Editorial., 1997. / Matus, C. Teoría da ação e Teoría do Planejamento. In: Matus C. Política, Planejamento e Governo. (1997) Brasília: IPEA. p 81-98. / Bourdieu P. (1996). Razões Práticas. Sobre a teoria da ação. Campinas-SP: Papirus. / Collins R (2009). Quatro tradições sociológicas. Petrópolis, RJ: Vozes, 277p. / Kallscheuer O (1989). Marxismo e teoria do conhecimento. In: Hobsbawm EJ. História do marxismo. Rio de Janeiro: Paz e Terra, Vol. 12. p.13-101.

6. Comentários finais

Observatórios no mundo inteiro têm buscado alternativas inovadoras de comunicação: o Observatório Português dos Sistemas de Saúde elabora anualmente um relatório (Relatório da Primavera) sobre as questões consideradas mais relevantes da política de saúde no ano correspondente, e convoca gestores e mídia para a sua apresentação (http://www.opss.pt/sites/opss.pt/files/Relatorio_Primavera_2017.pdf). O Observatório Europeu de Políticas e Sistemas de Saúde promove policie dialogs (<http://www.euro.who.int/en/about-us/partners/observatory/activities/policy-dialogues/>) e produz policy briefs (<http://www.euro.who.int/en/about-us/partners/observatory/publications/policy-briefs-and-summaries>). São formas de tornar o conhecimento científico produzido como um insumo que influencie processos decisórios em saúde.

O OAPS está imbuído de princípios de democracia, direito à saúde e defesa de sistemas universais. Dialogar com gestores tem sido reconhecido como fundamental, mas não suficiente para contribuir para a adoção de políticas mais equitativas. Nesse sentido, tem buscado produzir materiais para públicos distintos (gestores, estudantes, profissionais de saúde e movimentos sociais), como documentários em vídeo e boletins, sendo alguns projetos implementados e outros em fase de formulação. Essa tem sido uma preocupação constante dos pesquisadores que lideram a condução do OAPS e, apesar de resultados já alcançados, consideram que a interlocução com os movimentos sociais ainda tem um grande potencial para se desenvolver de forma mais efetiva.

No que tange à equidade, trata-se de um princípio constitucional da Seguridade Social no Brasil e uma imagem-objetivo do SUS que tem sido esboçada no âmbito de políticas públicas de sistemas universais de saúde em vários países do mundo. Concetualmente, é um termo ainda cercado de imprecisão, cujas interpretações e formas de operacionalização não são claras nem, tão pouco, consensuais. Como assinalam Vieira-da-Silva e Almeida-Filho (2009) [39], a maioria dos estudos empíricos não se preocupa especificamente com a explicitação dos conceitos adotados, havendo superposição e diversidade de significados quando abordados termos como equidade, iniquidade, diferença, disparidade e desigualdade.

Embora internacionalmente a temática tenha sido largamente explorada, com a criação, inclusive de centros de documentação sobre iniquidades em saúde [40], no Brasil a produção é mais recente, crescendo especialmente a partir de 1989 [41]. Um recente estudo de revisão que analisou o emprego do princípio da equidade nos estudos brasileiros em saúde [42] observou que apenas 34 (de um total de 422 artigos originais, ou

seja, cerca de 8%) discutiam o conceito de equidade. Destes, a maioria (21) atrelava a **noção** de equidade ao elemento de justiça social. Nesse sentido, a alocação de recursos públicos teria o propósito de eliminar as iniquidades, promovendo uma discriminação positiva em relação àqueles “menos favorecidos”, “mais pobres”, “mais vulnerados” ou aqueles “sem condições de arcar com suas necessidades de saúde via modelos liberais de mercado” (p.125).

A associação entre iniquidade/injustiça equidade/justiça social não resolve, contudo, os problemas concetuais e operacionais que circundam o tratamento da questão da equidade, uma vez que há inúmeras interpretações do que sejam necessidades de saúde e várias formas de se compreender a justiça formal [39]. Mesmo não sendo propósito deste artigo aprofundar esta discussão, não é possível negligenciar algumas questões importantes trazidas neste debate:

- A primeira delas é reiterar que a equidade continua a ser um termo nebuloso, permanecendo atual a necessidade de se aprofundar o debate teórico e metodológico que envolve essa noção, que se configura como uma das mais importantes proposições do SUS. Com a realização do referido trabalho teórico sobre a noção de equidade [39] os autores examinaram certas possibilidades abertas pela obra *Além da Justiça* [43], quando a filósofa húngara admite um outro critério para a equidade: *para cada um, aquilo que lhe é devido por ser um membro de um grupo ou categoria essencial*. Assim, o conceito de equidade permitiria orientar a identificação de determinado grupo ou categoria que seria alvo especial de intervenção. Este processo, desenvolvido na esfera pública, possibilitaria a existência da justiça, como *responsabilidade simétrica, comunicação e cooperação* [43].

- A segunda é assinalar que a opção pela equidade enquanto um princípio de justiça social não pode ser meramente formal. Ao contrário, ela opera discriminações de fundo e inclui a definição de políticas de inclusão social num movimento de discriminação positiva [12, 44, 45, 46]. Por isso mesmo, a equidade tem-se constituído num dos temas mais debatidos nos países que adotaram como modelo sistemas públicos universais. A equidade exprime a responsabilidade coletiva de realização de um princípio de justiça social. Como assinala Blais (2003) [47] “a saúde constitui, entre outros, um dos bens que devem promover a justiça”.

- Por fim, cumpre reconhecer que os ganhos de universalidade não reduzem necessariamente as iniquidades em saúde. Pelo contrário, a literatura tem demonstrado que nem sempre ou quase nunca as intervenções voltadas para a melhoria de indicadores de saúde apresentam correspondência com a sua melhoria entre os grupos mais excluídos. Contrariamente ao que se supõe em geral, a melhoria daqueles faz-se pela elevação dos valores

médios numa determinada população e tem como contraponto a ampliação das desigualdades, com aumento da amplitude da variação de tais medidas na respetiva população. Por isso, para alcançar maior igualdade, as políticas públicas devem mirar a equidade [12, 48, 49], com responsabilidade, comunicação e cooperação. Nesse sentido, o OAPS tem-se posicionado a respeito das ameaças aos direitos sociais, ao SUS e à democracia no Brasil, divulgando oportunamente textos analíticos e críticos dos mais variados sujeitos individuais e coletivos, integrantes ou não da rede de pesquisadores.

Bibliografia

1. Paim JP (2002). Saúde, política e reforma sanitária. Salvador: CEPES/ISC. 447 p.
2. Noronha JC, Lima LD, Machado CV. O Sistema Único de Saúde. In: Giovannella L, Escorel S, Lobato LVC, Noronha JC, Carvalho AI (orgs.). (2012) Políticas e sistema de saúde no Brasil. Rio de Janeiro, Editora Fiocruz, 365-393.
3. Oliveira LS, Almeida LGN, Oliveira MAS, Gil GB, Cunha ABO, Medina MG, Pereira RAG. (2012). Acessibilidade a atenção básica em um distrito sanitário de Salvador. *Ciência & Saúde Coletiva*, 17(11): 3047-3056.
4. Alves MGM, Casotti E, Oliveira LGD, Machado MTC4, Almeida PF, Corvino MPF, Marin J, Flauzino RF, Montenegro LAA (2014). Fatores condicionantes para o acesso às equipes da Estratégia Saúde da Família no Brasil. *Saúde em Debate*, 38 (n. especial): 34-51.
5. Soares-Neto JJ, Machado MH, Alves CB (2016). O Programa Mais Médicos, a infraestrutura das unidades básicas de saúde e o índice de desenvolvimento humano municipal. *Ciência & Saúde Coletiva*, 21(9): 2709-2718.
6. Gonçalves CV, Cesar JA, Mendoza-Sassi RA (2009). Qualidade e equidade na assistência à gestante: um estudo de base populacional no Sul do Brasil. *Cad. Saúde Pública*, 25(11): 2507-2516.
7. Mendes LV, Campos MR, Chaves GC, Silva RM, Freitas PS, Costa KS, Luiza VL (2014). Disponibilidade de medicamentos nas unidades básicas de saúde e fatores relacionados: uma abordagem transversal. *Saúde em Debate*; 38 (n. especial): 109-123.
8. Espiridão MA. Controle social do SUS: conselhos e conferências de saúde. In: Paim JS e Almeida-Filho N (org) (2013). *Saúde Coletiva: teoria e prática*. Rio de Janeiro: Medbook, 245-259.
9. Rasella D, Machado DB, Castellanos MEP, Paim J, Szwarcwald CL, Lima D, et al. Assessing the relevance of indicators in tracking social determinants and progress toward equitable population health in Brazil. *Global health action*. 2016; 9: 29042 - <http://dx.doi.org/10.3402/gha.v9.29042>
10. Whitehead, M (1990). The concepts and principles of equity and health. Copenhagen, World Health Organization, 29p.
11. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva (2000). Sistema Único de Saúde (SUS): princípios e conquistas. Brasília, DF.
12. Gwatkin, D. (2002) La necesidad de hacer reformas del sector de la salud orientadas hacia la equidad. *Rev. Panam. Salud Publica*, 11(5/6):310-315.
13. Pourmalek F National health observatories: Need for stepped-up action (2012). *The Health*, 3(3): 63-64 [Editorial].
14. Análise de políticas de saúde no Brasil (2003-2017). Projeto submetido à Chamada MCTI/CNPq/CT-Saúde/MS/SCTIE/Decit N° 41/2013. Rede Nacional de Pesquisas sobre Política de Saúde: Conhecimento para efetivação do Direito Universal à Saúde. Salvador, Universidade Federal da Bahia / Instituto de Saúde Coletiva. Coordenação: Prof. Jairnilson Silva Paim.
15. Barreto ML, Teixeira MG, Bastos FI, Ximenes RA, Barata RB, Rodrigues LC (2011). Successes and failures in the control of infectious diseases in Brazil: social and environmental context, policies, interventions, and research needs. *Lancet*, 377: 1877-1889.
16. Paim JS Travassos C, Almeida C, Bahia L, Macinko J (2011). The Brazilian health system: history, advances, and challenges. *Lancet*, 377: 1778-1797.
17. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2015). Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira. Série Estudos e Pesquisas 35.
18. United Nations Development Programme (UNDP). Human Development Report, 2016. [Disponível em <http://www.br.undp.org/content/dam/brazil/docs/RelatoriosDesenvolvimento/undp-br-2016-human-development-report-2017.pdf>. Capturado em 08/09/2017.]
19. Neri M. Alta da desigualdade e da pobreza, superação da crise e políticas

Enquanto espaço de diálogo e de comunicação com a sociedade, articula-se com entidades e movimentos sociais que lutam pela garantia do direito constitucional à saúde, admitindo que defender o SUS é defender a democracia no Brasil.

Agradecimentos

Os autores agradecem especialmente à profa. Zulmira Hartz pelo convite à elaboração deste artigo.

- de renda [versão preliminar] FGV Social/CPS. Agosto de 2017. [Disponível em <http://www.cps.fgv.br/cps/bd/papers/ALTA-DA-DESIGUALDADE-E-DA-POBREZA-SUPERACAO-DA-CRISE-E-POLITICAS-DE-RENTA-FGV-SOCIAL-MARCELO-NERI.pdf> Capturado em 14/09/2017]
20. Observatório de Análise Política em Saúde. Crise no Brasil: qual o impacto na saúde das populações? Disponível em <http://www.analisepoliticaemsaude.org/oaps/boletins/edicoes/24> Capturado em 8/09/2017]
 21. Teixeira C. A saúde no Brasil em 2016 através das lentes do OAPS. Observatório de Análise Política em Saúde. Disponível em <http://www.analisepoliticaemsaude.org/> Capturado em 14/09/17]
 22. Landmann-Szwarcwald C, Macinko J (2016). A panorama of health inequalities in Brazil. *International Journal for Equity in Health*: (15) 174.
 23. Chamada MCTI/CNPq/CT-Saúde/MS/SCTIE/Decit N° 41/2013 – Rede Nacional de Pesquisas sobre Política de Saúde: Conhecimento para Efetivação do Direito Universal à Saúde).
 24. Observatório de Análise Política em Saúde. Regimento interno do Observatório de Análise Política em Saúde. Salvador, 2014. [Disponível em <http://www.analisepoliticaemsaude.org/oaps/quem-somos/governanca> Capturado em 13/09/2017]
 25. Teixeira C, Paim J. Análise Política em Saúde: contribuição do OAPS (2017). Editorial. *Ciência e Saúde Coletiva*, 22(6) 1744.
 26. Callon M. Éléments pour une sociologie de la traduction. *L'année sociologique*, 1986.
 27. Latour, b. *Changer de société: refaire de la sociologie*. Paris: la découverte, 2006.
 28. Belochio V. O jornalismo digital e os efeitos da convergência: meta-informação, encadeamento midiático e a cauda longa invertida. (2009) Intercom – Sociedade Brasileira de Estudos Interdisciplinares da Comunicação. XXXII Congresso Brasileiro de Ciências da Comunicação – Curitiba, PR – 4 a 7 de setembro de 2009.
 29. Habermas, J. Teoria do agir comunicativo. Racionalidade da ação e racionalização social (2012). São Paulo, Editora WMF Martins Fontes, 473-581.
 30. Hemmings J, Wilkinson J. What is a public health observatory? (2003) *Epidemiol Community Health*, 57: 324-326, 2003.
 31. Barbosa P. Política social e observatórios sociais de saúde: que relação? (2005) Relatório de estágio do Observatório Português do sistema de saúde. (Disponível em: http://www.observaport.org/sites/observaport.org/files/PatBarbosa_PoliticasSociais.pdf . Acesso em: 02 set. 2014).
 32. Wilkinson J (2015). Public health observatories in England: recent transformations and continuing the legacy. *Cad Saúde Pública*; 31 Suppl I: S269-76.
 33. Castillo-Salgado C (2015). Developing an academia-based public health observatory: the new global public health observatory with emphasis on urban health at Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health. *Cad Saúde Pública*, 31 Suppl 1: S286-93.
 34. Dias MAS, Friche AAL, Oliveira VB, Caiá WT (2015). The Belo Horizonte Observatory for Urban Health: its history and current challenges. *Cad. Saúde Pública*, 31 Sup: S277-S285.
 35. Santos-Neto, PM dos (2012). Análise da política de recursos humanos em saúde: o caso da rede observatório de recursos humanos em saúde do Brasil. Tese de Doutorado em Saúde Pública. Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife/Brasil.
 36. Bourdieu P. O campo político (2011). *Revista Brasileira de Ciencia Política*, no 5. Brasma 193-216.
 37. Vieira-da-silva LM. Gênese Sócio-Histórica da Saúde Coletiva no Brasil. In: Lima NT, Santana JP e Paiva J. *Saúde Coletiva* (2015). A Abrasco em 35 anos de história. Rio de Janeiro, Editora Fiocruz. 1: 25-48.
 38. Testa M. Análisis de instituciones hipercomplejas. In: Merhy & Onocko, R.

Agir em saúde: Um desafio para o público (1997). São Paulo / Buenos Aires: Hucitec / Lugar Editorial, 17-70.

39. Vieira-da-Silva LM, Almeida-Filho N de (2009). Equidade em saúde: uma análise crítica de conceitos. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 25 Sup 2:S217-S226.

40. Stronks K, Trirum H van, Mackenbach JP (1996). A documentation centre on socioeconomic inequalities in health. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 50:5. [Downloaded from <http://jech.bmj.com/> on September 18, 2017 - Published by group.bmj.com]

41. Almeida-Filho N, Kawachi I, Pellegrini A, Dachs JNW (2003). Research on health inequalities in Latin America and the Caribbean: Bibliometric analysis (1971-2000) and descriptive content analysis (1971-1995). *Am J Public Health* 93:2037-43.

42. Albrecht CAM, Rosa RS, Bordin, R (2017). O conceito de equidade na produção científica em saúde: uma revisão *Saúde Soc* 26 (1): 115-128.

43. Heller A (1998). *Além da justiça*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 464p.

44. Teixeira C (2000). Modelos de atenção voltados para a qualidade, efetividade e necessidades prioritárias de saúde. *Cadernos da 11ª Conferência Nacional de Saúde*. Brasília. pp 261-282.

45. Giffin K. (2002) Pobreza, desigualdade e equidade em saúde: considerações a partir de uma perspectiva de gênero transversal. *Cad. Saúde Pública*, 18 (suplemento): 103-112.

46. Heringer R. (2002) Desigualdades raciais no Brasil: síntese de indicadores e desafios no campo das políticas públicas. *Cad. Saúde Pública*, 18 (suplemento): 57-65.

47. Blais F. (2003). Choix et limites de l'allocation des ressources en santé. Pourquoi est-ce nécessaire? Pourquoi est-ce si difficile ?. *Éthique publique*, 5(1) : 9-14.

48. Sin D.D, Svenson LW, Cowie, R; Man P. (2003) Can universal access to health care eliminate health inequities between children of poor and nonpoor families? *Chest*, 124: 51-56.

49. Potvin L, Gendron S, Bilodeau A, Chabot P. (2005) Social determinants of health inequities: Integrating social theory into public health practice. *American Journal of Public Health* 591-595.

Conflito de interesses

Os autores declaram não haver quaisquer conflitos de interesses.