



Do Palácio do Trabalho à Escola Nacional de Administração Pública, 70 anos pensando o serviço público brasileiro.

Reflexões sobre o Sistema Único de Saúde: inovações e limites

Gastão Wagner de Sousa Campos

O que houve de significativo nos últimos trinta anos no campo da saúde pública no Brasil?

Citarei três fenômenos que sintetizam as linhas de mudança, bem como os impasses por que passou o campo da saúde. Em primeiro lugar, constata-se a existência de profunda alteração nas condições de vida e de saúde da maioria da população brasileira, tanto em sentido de melhorar, quanto de agravar o quadro sanitário. Em segundo, valeria ressaltar a criação de nova política pública voltada para o campo da saúde, tendo como sua principal expressão o Sistema Único de Saúde (SUS). Houve, na saúde, uma profunda recomposição da noção de direito, da legislação e dos mecanismos de intervenção do Estado. Essa reforma foi co-produzida pela interação de movimentos políticos, sociais e técnico-sanitários. Apesar da complexidade dos fatores que interferem no processo saúde e doença, muitos de ordem social, econômica e cultural,

observa-se que o SUS, rede pública de prestação de serviços, voltados tanto para a coletividade quanto para indivíduos, foi o principal ordenador da política pública brasileira, para o setor, durante esse período. Em terceiro, valeria ressaltar a conformação de um ativo movimento em saúde. Um movimento de opinião, com pensamento e práticas com importante grau de autonomia em relação ao Estado e aos interesses econômicos e corporativos dominantes. Denominado de Movimento Sanitário, pejorativamente cognominado de Partido da Saúde, esse setor da opinião pública alcançou elaborar um projeto para a saúde, que acabou se transformando, quase que em sua totalidade, em política oficial. Note-se que não criou um discurso único para o campo ou tampouco eliminou o intenso conflito de interesses presentes no setor. Ao contrário, conseguiu tão-somente produzir tensão com a racionalidade dominante, abrindo, com isso, possibilidades para a realização de uma reforma sanitária que contemplasse também o interesse do povo (entidade genérica, ausente da reflexão econômica contemporânea, e chamados de “usuários” pelo jargão da saúde).

Qual a relação entre esses três eventos? Como foram se co-produzindo?

Mudanças nas condições de vida e saúde e o efeito SUS

O processo saúde e doença no Brasil tem características peculiares e, como em outros países, é bastante complexo. As condições sociais de existência para a maioria dos brasileiros são bastante desfavoráveis a uma sobrevivência saudável. Durante os últimos trinta anos, não se alterou significativamente o quadro de desigualdade social e de acesso à renda (POCHMANN, 2004).

Somou-se a essa linha de condicionamento negativo do quadro sanitário, a urbanização degradada, com constituição de bairros com péssimas condições de habitação e de saneamento básico (SANTOS, 1996). Nesses territórios foi onde irrompeu também a violência, produzindo verdadeira epidemia de mortes e lesões entre jovens (SOUZA; LIMA, 2006). Houve ainda crescimento econômico sem distribuição de renda, com acelerada reorganização do trabalho que produziu novo quadro de emprego informal e desregulamentado. Há polêmica sobre os benefícios que adviriam desse modelo de crescimento. De qualquer forma, em curto prazo, enquanto ocorre, observa-se intensificação de riscos em saúde para a maioria dos expostos. Esse quadro é também produto da baixa capacidade de gestão e de controle do Estado, que deveria investir maior parte do superávit econômico em infra-estrutura e políticas de proteção social.

Paradoxalmente, contudo, durante estas três décadas, podem-se observar séries históricas de indicadores que apontam para melhoria das condições de saúde entre importantes segmentos da população, inclusive entre os mais pobres. Ocorreu importante elevação da esperança média de vida (em torno de 8/9 anos para os homens e 10/11 para as mulheres), diminuição da mortalidade infantil e da taxa de fecundidade (de 4.4, em 1980, para 2.1, em 2004) (NORONHA; PEREIRA; VIACAVA, 2005).

Houve diminuição da mortalidade proporcional por doenças infecciosas, com avanço de doenças cardiovasculares, câncer e outras enfermidades crônicas, aproximando o Brasil de um perfil de morbidade semelhante ao dos países desenvolvidos. A sobrevivência de pessoas portadoras de problemas crônicos de saúde, de longa duração, passíveis de

controle, mas não de cura completa, requer programas permanentes de atenção em saúde, com atendimento individual em várias profissões, medicamentos, educação em saúde, etc. Em nosso caso, a heterogeneidade do acesso a recursos por parte da população contribuiu para a permanência de doenças infecciosas das quais não nos livramos ou que retornaram na última década. Assim, a malária persiste como endemia com amplas proporções (média

com mais acuidade, a importância específica das ações de saúde – preventivas e clínicas – implementadas pelo SUS ou por mudanças na legislação sanitária nessa melhoria relativa do quadro. Há algumas políticas sociais que, certamente, também contribuíram para melhorar a saúde da população. A Previdência com a concessão de aposentadoria a importante segmento de trabalhadores rurais e urbanos, a manutenção do salário mínimo, a

“O SUS produziu dois fenômenos, em tese, favoráveis à saúde. Tanto ampliou a rede de atenção à saúde, quanto favoreceu o surgimento de arcabouço legal de proteção ao usuário”.



A experiência adquirida pela ENAP com a publicação da RSP ajudou a incrementar sua linha editorial.

de 400 mil casos/ano), houve aumento da tuberculose, leishmaniose, raiva, entre outras. Registra-se que persistem desigualdades no quadro sanitário conforme as regiões do país e as classes sociais. Quanto mais pobres, piores os indicadores (SCHRAMM et als, 2004).

Tendo em vista a debilidade das políticas sociais e a adversidade das condições de vida da maioria, caberia investigar,

concessão de bolsas, a escola pública, entre outras políticas sociais, têm efeitos positivos sobre os indicadores de saúde.

O SUS produziu dois fenômenos, em tese, favoráveis à saúde. Tanto ampliou a rede de atenção à saúde, quanto favoreceu o surgimento de arcabouço legal de proteção ao usuário. Pode-se considerar que nos últimos trinta anos qualificou-se o aparelho encarregado da saúde pública e

da promoção à saúde. Em articulação com outros setores, aperfeiçoaram-se a legislação brasileira sobre trânsito, controle de alimentos, produtos químicos, fármacos e ambiente. Ocorreu também o desenvolvimento de estruturas para executar a vigilância sanitária. Em contraste, o aparelho voltado para a saúde do trabalhador desenvolveu-se menos.

Ampliou-se também o acesso a programas e serviços em várias regiões do país e em relação a vários problemas de saúde. Há evidências empíricas de que a busca de universalização combinada com programas e intervenções focalizados em problemas prioritários e grupos vulneráveis alcançou resultados positivos. O Brasil logrou controle relativo da epidemia de Aids com a adoção de um programa que soube articular intervenção clínica e preventiva, assegurando atenção universal aos expostos à epidemia. A redução da mortalidade infantil deveu-se a um conjunto de medidas em si bastante simples. Entre elas destacam-se a elevação da cobertura vacinal (durante os últimos trinta anos, saltamos de 60% para 80% de pessoas vacinadas nos programas obrigatórios) (BRASIL/MS/SVS, 2006). Outra medida decisiva foi a introdução da re-hidratação oral para tratamento de diarreia e a extensão da puericultura pelo Programa de Saúde da Família. Em relação aos adultos cabe destacar a importância de se haver ampliado o atendimento a hipertensos, diabéticos e pessoas com câncer, assegurando-lhes cuidado profissional, drogas e exames complementares (TRAVASSOS; OLIVEIRA; VIACAVA, 2006). Esse conjunto de medidas amplia a esperança média de vida em todos os países que as aplicaram. A queda da natalidade dependeu de uma pressão da demanda, de interesse dos usuários, mais do que de programas estruturados pelo SUS.

Considero que há, todavia, um descompasso entre o crescimento da capacidade de atenção do SUS e a de outras políticas sociais. Observa-se, hoje, em várias cidades do Brasil, a cena paradoxal de pessoas que são pobres, mas que fizeram transplante renal, ainda que continuem desempregadas e vivendo em favelas. Por outro lado, observa-se que o SUS é ainda uma reforma incompleta. Não se implantou igualmente em todo o país, havendo ainda importante desigualdade regional. Faltam recursos para financiá-lo e faltam políticas de pessoal e de ciência e tecnologia que lhe dêem viabilidade (GERSCHMAN; VIANA, 2005).

A importância da sociedade civil na co-constituição do SUS: uma relação singular entre movimento sanitário e o Estado

Um dos elementos singulares sobre a criação e implantação do SUS e a consolidação de um novo pensamento sobre saúde, refere-se, exatamente, à grande influência que um segmento específico da sociedade civil, no caso o movimento sanitário, teve sobre esse processo. Foram seus integrantes, intelectuais e entidades, que elaboraram, em traços gerais, a política, as diretrizes e, até mesmo, o modelo operacional do SUS.

Ressalta-se que a base material sobre a qual se apoiaram esses sujeitos foi a existência de uma razoável rede de organizações públicas com existência prévia a do SUS. Refiro-me à Fundação Oswaldo Cruz, ao Instituto Butantã, à rede de laboratórios estaduais, às Universidades Públicas – particularmente as escolas de Saúde Pública e os departamentos de preventiva em medicina e enfermagem, de pediatria e de psicologia social – e ainda às redes de atenção básica em estados, como em São

Paulo, e no Ministério da Saúde (Fundação Nacional de Saúde). Grande parte dos ativistas desse movimento era de profissionais, pesquisadores, docentes ou estudantes de alguma dessas organizações. Ainda durante os anos 80 do século XX, o Movimento Sanitário aproximou-se de deputados constituintes e de gestores públicos, influenciando-os quanto à legislação e ao ordenamento legal do sistema. A viabilidade política dessa iniciativa deveu-se ao Movimento Sanitário buscar o envolvimento de políticos, partidos e autoridades governamentais com o projeto de reforma sanitária.

Por que esse segmento da classe média haveria se metido com fazer política, atuando para além de suas obrigações institucionais e dos seus interesses corporativos? Esse Movimento foi construído ainda durante os anos 1970 e 1980, segundo várias motivações e inúmeras vertentes políticas e teóricas. Em grande medida, a luta pela saúde foi utilizada como tática para enfrentamento contra a ditadura, de onde surgiu com força o lema que juntava “saúde e democracia”. Ativistas da então considerada Nova Esquerda, ecologistas, católicos de base, críticos do comunismo tradicional, meteram-se, principalmente, com movimentos populares, educação em saúde e medicina comunitária. Ocorreu uma ida à periferia, um deslocar-se de profissionais em direção ao povo. Reforçaram a rede básica e experimentaram modelos de gestão democrática e de participação comunitária.

Com os anos, esse movimento “instrumental” (um “meio” para se fazer política, junto ao povo e em instituições, sob o manto protetor da saúde) encontrou-se com agrupamentos da Universidade, técnicos de organismos internacionais e de instituições públicas. Essa fusão deu nova orientação às

finalidades do Movimento Sanitário; isto é, conseguiu elaborar sofisticado projeto de mudanças para as políticas públicas de saúde. A VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986, e a Constituinte, em 1987/88, podem ser considerados o cadinho que unificou todas essas tendências.

A partir dos anos 1990, tratar-se-ia de dar realidade ao projeto então transformado em lei. Grande parte da cultura organizacional e sanitária do SUS foi importada de países socialistas ou daqueles com políticas sociais de bem-estar, entre eles os Sistemas Nacionais de Saúde de Cuba, Inglaterra, Canadá, Itália, Espanha, Portugal, todos influenciaram a construção do SUS. Exigiu-se, então, uma postura prática, pragmática e que implicava aproximação do Movimento Sanitário com gestores do futuro Sistema. Durante os anos 90, houve que se debruçar sobre a regulamentação do novo Sistema. Imaginar um desenho organizacional, em geral referido à tradição dos sistemas públicos: rede de atenção preventiva e clínica, integral; responsabilidade sanitária e distribuição de unidades com base territorial; hierarquização da oferta com ênfase na Atenção Básica concomitante a uma redefinição do papel dos hospitais. Outro desafio foi viabilizar e regularizar as fontes e linhas para financiamento do sistema.

Outra vertente do Movimento Sanitário valorizou a crítica teórica, buscando não somente extensão de cobertura assistencial, como também recompor os paradigmas tradicionais da medicina e da saúde pública. Desse esforço surgiu a área de Saúde Coletiva. Uma característica singular de nosso sistema é a de haver desenvolvido uma extensa crítica ao modo tradicional de fazer-se gestão e atenção em saúde. Dessa crítica surgiram propostas concretas inovadoras, transformadas em

política oficial. A idéia de uma nova profissão, os Agentes Comunitários de Saúde, para ampliar as possibilidades de realizar prevenção e promoção à saúde e não somente atendimento aos doentes foi fruto desse esforço. Esse pensamento defende uma extensão “prudente” do acesso, já que reconhece e valoriza a tendência contemporânea do acesso ao Sistema redundar em consumismo e medicalização. Critica-se o papel central do hospital e dos especialistas. As instâncias de controle social previstas no SUS têm a mesma origem: gestão participativa, conselhos e conferências seriam um antídoto contra o patrimonialismo e a corrupção.

Observa-se, porém, um fenômeno curioso que tem assegurado longevidade ao movimento sanitário. Apesar do contexto social desfavorável aos movimentos sociais, no caso da saúde brasileira, verificou-se que o próprio funcionamento do SUS, ao gerar empregos, salários e lugar institucional para que milhares de profissionais construam sentido e significado para suas vidas, vem permitindo a importante contingente de pessoas combinarem trabalho regular com militância social. Alguns projetos e programas do SUS têm operado como se fossem imensas “ONGs sem fronteiras”, que atraem idealistas, e convertem desencantados, assegurando-lhes tanto a sobrevivência material quanto convivência social. Durante os anos 1990, os programas de DST/Aids e de Saúde Mental, os movimentos de Promoção e Humanização da Saúde, bom como os setores de Saúde da Família, Vigilância e Saúde Ambiental (ainda que em menor grau) transformaram-se em espaço de ativismo social, tanto para setores da sociedade civil, quanto para profissionais. Essa combinação tem, inclusive, atenuado, em alguma medida e em algumas ocasiões,

o corporativismo estreito tão típico ao sindicalismo brasileiro.

A quase ausência de política de pessoal para o SUS – estima-se que 50% dos trabalhadores do SUS trabalham em situação precária ou ilegal – atua como fator instabilizador dessa aliança usuário-profissionais, em parte por produzir ressentimento aberto contra o Sistema e por diminuir o vínculo dos profissionais com o SUS e com os problemas de saúde.

Paradoxos da descentralização

A reforma sanitária brasileira pode ser considerada tardia, por comparação com a maioria dos países que optaram por criar sistemas públicos de saúde. Nos anos 1980, já havia evidência sobre as vantagens e os impasses daquelas experiências. Um dos problemas identificados era a burocratização, o emperramento e a uniformidade excessiva de procedimentos tendo em vista a heterogeneidade dos problemas e recursos locais. O antídoto contra essa tendência seria inventar-se um sistema descentralizado, acreditava-se. E o SUS foi ordenado como uma rede descentralizada de serviços sobre gestão direta dos municípios. Todavia subestimaram-se os efeitos paradoxais que seriam produzidos por duas diretrizes, forças, que empurraram a realidade em sentido contrário: autonomia local e integração em rede. Funcionamento sistêmico depende de coordenação e de forte interligação entre os pontos da rede. No caso, integração entre os vários sistemas municipais de saúde, legalmente constituídos com importante grau de autonomia. Isto sem contar a tradição brasileira, típica dos países em que a atenção à saúde é regulada pelo mercado, de funcionamento isolado entre os milhares de serviços e equipes de saúde. O papel de coordenação e de

unificação desse mosaico caberia ao Ministério da Saúde e às Secretarias de Saúde.

Essa doutrina, na prática, vem produzindo efeitos paradoxais. Por um lado, com a municipalização permitiu-se avançar na implantação do sistema naquelas cidades que acumularam condições propícias. Essas experiências ousadas demonstraram a potência da proposta reformista, tornando evidente que parte das diretrizes, consideradas utópicas ou improváveis de acontecer

Tripartite de âmbito nacional, as Comissões Bipartites com governabilidade sobre projetos em cada estado e, mais recentemente, as Comissões Regionais de Saúde, que reúnem todos os dirigentes municipais de uma macro-região com delegados do governo estadual. Apesar da criação desses espaços de deliberação participativa, observou-se uma tendência do Ministério da Saúde e Secretarias de estado em utilizar mecanismos de repasse financeiro para

“Um dos elementos singulares sobre a criação e implantação do SUS e a consolidação de um novo pensamento sobre saúde refere-se, exatamente, à grande influência que (...) o Movimento Sanitário teve sobre esse processo”.

Os eventos internacionais da ENAP ampliam a visão e o debate sobre temas atuais e comuns entre os países parceiros, fomentando a produção de artigos para RSP.



no Brasil, eram factíveis. Além disso, o SUS, para responder ao desafio de integrar entes federados autônomos – União, estados e cidades – em um sistema único, viu-se obrigado a criar arranjos organizacionais inovadores para a secular tradição dos serviços públicos brasileiros. Ressalta-se a invenção de novo mecanismo de co-gestão entre esses entes federados: a gestão colegiada, que deu origem a Comissão

induzir a adesão dos municípios a determinados programas e prioridades. É ainda muito recente a tentativa de introduzir-se a metodologia dos contratos ou de pactos de gestão entre os entes federados. Apesar destes esforços, contudo, a integração sistêmica ainda é baixa no Brasil.

Por outro lado, em decorrência dessas dificuldades, houve três efeitos colaterais negativos para o bom desempenho do

sistema. Com o grau amplo de autonomia dos municípios, cada gestor pôde optar pela conveniência de implantar-se ou não o SUS. Acredito que esse recurso vem se transformando na principal forma de resistência conservadora ao prescrito na lei orgânica da saúde. Cada município, os estados federados ou a União podem eleger com liberdade que aspectos do SUS irão trabalhar, e que faceta do direito à saúde irá ou não ser contemplada. Assim, alguns municípios resolveram, até o limite, não aderir ao SUS, como foi o caso exemplar de São Paulo. A maioria dos estados e municípios, contudo, tem optado por vincular-se parcialmente ao Sistema: elegem os serviços de urgência, outros escolhem a vigilância, ou a atenção básica, algum serviço hospitalar. Com isso, retarda-se a implantação da política de saúde, além de acentuarem-se diferenças de acesso regional.

Outro efeito negativo, ligado ao anterior, é a imprecisão na definição da responsabilidade sanitária de cada ente federado. A lei orgânica é bastante genérica ao atribuir encargos aos entes federados. Pela teoria, a descentralização de responsabilidades e do financiamento para garanti-las seria concomitante e proporcional. Essa lisura não se verificou na prática. Houve amplo processo de municipalização, desigual no país, em que se delegaram às cidades serviços do antigo Inamps, do Ministério da Saúde e dos estados. Além disso, passou a caber aos municípios a criação de novos serviços e programas, bem como a contratação de pessoal para exercer essas atividades. Por outro lado, o Ministério e as Secretarias dos estados têm executado com dificuldades e falhas seu papel de coordenação, apoio e mesmo de execução de ações a eles atribuídas, como a formação de pessoal, políticas de ciência e tecnologia, investimentos, etc. As Secretarias

de estados reduziram seu pessoal durante estes anos de implantação do SUS. No início dos anos 1990, gastavam 2,3% do PIB estadual com o sistema de saúde; ao longo dos 15 anos seguintes, praticamente não houve alteração desse patamar de gastos. O governo federal, em 1995, utilizava 5,2% de suas despesas totais em saúde. Em 2005, essa porcentagem havia caído para 3,7%. Ainda assim, houve incremento absoluto do gasto em saúde, isso pelo crescimento econômico e pela maior carga dirigida aos municípios.

O terceiro efeito negativo refere-se à dificuldade de organizar-se a regionalização do SUS. O modelo adotado estimula a composição de sistemas municipais autárquicos, ainda que haja dependência de cidades pequenas e médias àquelas consideradas pólo, onde há concentração de serviços de alta complexidade. Pode-se considerar que os hospitais do SUS ainda funcionam isolados, com regulação indireta e muito precária. O direito à saúde dos brasileiros varia, portanto, conforme seu local de residência.

Tensão entre o contexto liberal e o SUS: uma política fora do tempo?

Há um paradoxo curioso entre o discurso dominante no Brasil e a constituição do SUS. Falar em socialização, ampliação da ação estatal, direitos automáticos somente pelo fato de alguém ser humano, tudo isso passou a ser considerado coisa do passado, de mau gosto. O SUS remou contra a maré e conseguiu efetivar-se.

No Brasil, imaginou-se realizar a descentralização não articulada à diretriz da privatização; isto é, serviços públicos federais e estaduais ao se descentralizarem mudariam de gestor, mas não, necessariamente

de regime jurídico. Nesse sentido, a relação entre o público e o privado na área de saúde pode também ser considerada singular. Ao contrário de Portugal ou da Grã-Bretanha quando da implantação do sistema, aqui se optou por não se nacionalizar a rede privada e filantrópica de hospitais. Criou-se a modalidade de convênios e de contratos, que jamais evoluiu para contratos de gestão, dificultando a integração desses serviços ao SUS. Mas, por outro lado, essa possibilidade atenuou em muito a oposição de médicos e empresários da saúde ao SUS.

O movimento sanitário imaginou que a descentralização, regras de repasse financeiro automático aos Fundos dos estados, municípios e prestadores, somados ao controle social da sociedade sobre o SUS seriam suficientes para afastar a tendência histórica do estado brasileiro de impedir o clientelismo, o favoritismo, a impunidade, as negociatas políticas e empresariais. Esse contexto desfavorável tem dificultado o aprofundamento do debate sobre a “reforma da reforma”; ou seja, sobre a urgência de inventar-se um novo modelo

organizacional e de gestão para o Sistema que supere os problemas identificados ao longo do século XX. Os liberais têm alguma razão no diagnóstico sobre o mau funcionamento dos sistemas públicos. Erram, porém, sobretudo, quando esgrimam a favor da privatização como panacéia universal para a recomposição da viabilidade de prestação de serviços públicos. Os favoráveis a políticas públicas têm defendido o *status quo* sem admitir o esgotamento em vários aspectos da tradição das políticas de bem-estar. Nesse embate, alcançar um sistema público solidário, eficaz e eficiente torna-se crônico.

Concluindo: o SUS tem empuxo e potência para prosseguir aperfeiçoando-se, ainda que seus dois principais adversários – o ideário neoliberal e a questionável tradição de gestão pública dominante no Brasil – pareçam cada dia mais fortes, quer se olhe à esquerda, ou à direita; quer se mire para os de baixo ou para os de cima. Enfim... Resta-nos pelear sem deixar de aproveitar a vida, esta sim, única e sistêmica.

Referências bibliográficas

- BRASIL/MINISTÉRIO DA SAÚDE/SECRETARIA DE VIGILÂNCIA À SAÚDE. *Vigilância à saúde no SUS*. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
- GERSCHMAN, S.; VIANA, A.L.D. Descentralização e desigualdade regionais em tempos de hegemonia liberal. In: *Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS*. Org: LIMA *et al.* Rio de Janeiro: Fiocruz/OMS/OPS, 2005.
- POCHMANN, Márcio. Proteção social na periferia do capitalismo: considerações sobre o Brasil. *São Paulo em perspectiva* 18(2): 3-16, 2004.
- NORONHA, J. C.; PEREIRA, T.R.; VIACAVA, F. As condições de saúde dos brasileiros. In: *Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS*. Org: LIMA *et al.* Rio de Janeiro: Fiocruz/OMS/OPS, 2005.

- SANTOS, Milton. *A urbanização brasileira*. São Paulo: Hucitec, 3 ed., 1996.
- SCHRAMM, Joyce M.A.; OLIVEIRA, A.F.; VALENTE, J.G.; GADELHA, A.M.J.; PORTELA, M.C.; CAMPOS, M.R. Transição epidemiológica e o estudo de carga de doença no Brasil. *Revista de ciência e saúde coletiva* 9(4): 897-908, out/dez, 2004.
- SOUZA, E.; LIMA, M.L.C. Panorama da violência urbana no Brasil e suas capitais. *Revista de ciência e saúde coletiva* 11(suplemento): 1211-1222, 2006.
- TRAVASSOS, C.; OLIVEIRA, E.X.G.; VIACAVA, F. Desigualdades geográficas e sociais no acesso aos serviços de saúde no Brasil: 1998 e 2003. *Revista de ciência e saúde coletiva* 11(4): 975-986, 2006.
-

Gastão Wagner de Sousa Campos.

É doutor em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual de Campinas. Atualmente é professor-adjunto da Universidade de Campinas. Contato: <gastaowagner@mpc.com.br>.