



Jairnilson Silva Paim obteve graduação (1972) e mestrado (1975) em Medicina pela Universidade Federal da Bahia (Ufba). O doutorado em Saúde Pública, também pela Ufba, veio em 2007. Atualmente, é professor titular no Instituto de Saúde Coletiva desta mesma universidade e coordenador do Grupo de Pesquisa em Planificação, Gestão e Avaliação em Saúde. Com larga experiência na área de Saúde Coletiva, vem atuando principalmente nos seguintes temas: Política de Saúde, Planejamento em Saúde, Reforma Sanitária Brasileira, Sistema Único de Saúde, Recursos Humanos em Saúde, Modelos Assistenciais, Vigilância da Saúde, Análise da Situação de Saúde, Mortalidade Infantil, Violência e Saúde.

O SUS é uma conquista

O entrevistado desta edição é o Doutor em Saúde Pública pela Universidade Federal da Bahia (Ufba), Jairnilson Silva Paim, que teve participação ativa nas lutas pela reforma sanitária, de onde se originou o Sistema Único de Saúde (SUS). Nesta entrevista, Jairnilson relembra um pouco das origens do SUS e faz uma avaliação das dificuldades, carências e ataques que o Sistema enfrenta. Também faz críticas aos excessos da ingerência política na gestão pública e ao subfinanciamento da saúde no País. O embate com os interesses privados de mercantilização e a pressão dos planos de saúde também foram abordados. Além disso, Paim fala sobre carreira médica no setor público, terceirização e a importância da participação da sociedade na defesa do SUS e na definição de seus destinos. Muito mais foi conversado neste encontro, no dia 8 de agosto, mas como o espaço aqui é pequeno, a entrevista na íntegra pode ser lida na página eletrônica do sindicato: www.sindimed-ba.org.br. Acesse e confira.

► LM: Qual a origem do Sistema Único de Saúde?

Paim: O SUS é resultante de todo um processo de luta da sociedade brasileira, na época, contra a ditadura, e que defendia um projeto de reforma sanitária. Um dos elementos dessa reforma era constituir um sistema de saúde universal, para to-

dos, de caráter público, que pudesse fazer uma integração entre as ações individuais e coletivas, as ações preventivas, promocionais e que pudesse contar com uma participação social, tanto na sua construção – como de fato ocorreu no Brasil –, como para sua implementação. Pra isso, se criou um conjunto de instâncias

de deliberação como conferências e conselhos de saúde, para garantir essa gestão participativa. Várias forças sociais se organizaram em defesa da reforma sanitária para que ela chegasse à Constituição. No caso dos médicos, em especial, se desenvolveu no País um movimento chamado de Re-

novação Médica (Reme), na qual os sindicatos, conselhos regionais, ABM, todos se envolveram. Então, o SUS não foi uma iniciativa de governo, de partido político, nem do Estado. Foi uma conquista da sociedade brasileira, do povo organizado.

► **LM: Como se desenvolveu o SUS?**

Paim: Considerando 1990 como ponto de partida, até 2012 nós temos 22 anos em que o SUS vem enfrentando um conjunto de obstáculos, dos quais eu queria destacar dois. Primeiro, nos anos 90, no governo Collor, quando as forças que o apoiaram eram contrárias ao SUS. E o segundo é que as alternativas criadas pela Constituição para o financiamento do sistema não foram levadas a cabo.

No momento em que um terço da população entra no sistema, se tudo se mantivesse com antes – que já não era uma situação boa -, pelo menos um terço a mais de recursos teria que vir do âmbito federal. Mas isso não ocorreu. O governo federal reduziu pela metade o orçamento para a saúde. Então, desde o início dos anos 90, o SUS enfrenta o problema da instabilidade e insuficiência de financiamento.

Na sequência, e nas duas gestões de FHC, também não se enfrentou a questão do financiamento da saúde. Uma série de medidas importantes foram tomadas para a implantação do SUS, como a descentralização, a criação do Programa da Saúde da Família - que foi no final do governo de Itamar Franco, mas teve crescimento grande no governo FHC -, se criou a Anvisa, a ANS. Mas a questão do financiamento só em

“

Desde o início dos anos 90, o SUS enfrenta o problema da instabilidade e insuficiência de financiamento.

”

2000. Mais uma vez, com um esforço muito grande da sociedade, foi proposta a Emenda Constitucional 29, que obrigava os Estados a gastarem pelo menos 12% de seu orçamento com saúde, os municípios 15% e o governo federal pelo menos 10%.

Entra o governo Lula, em 2003, e um deputado do próprio PT elaborou um projeto de lei que redefinia a participação do governo federal na saúde, mas nem a questão da regulamentação da EC 29 ocorreu. Pelo contrário, muitos governos municipais, estaduais e o próprio governo federal tentavam burlar a EC 29, colocando na conta da saúde coisas como mochilas escolares, pagamento de aposentados, obras de saneamento da Baía da Guanabara, etc.

Estamos, hoje, em 2012 sem uma solução para a questão do financiamento da saúde. Na regulamentação da EC 29, no final do ano passado, uma orientação do governo Dilma para sua base aliada indicava que fosse contrária aos 10% do governo federal para a saúde.

► **LM: A EC 29 não seria para melhorar o financiamento da saúde?**

Paim: Ela melhorou. Mas como?

Obrigou que os municípios gastassem pelo menos 15% de seu orçamento com saúde. A média, hoje, está em 21%. E não dá mais, porque os municípios precisam cuidar dos jardins, tapar os buracos, cuidar da educação.

Hoje, praticamente todos os estados, como a Bahia, gastam mais de 12%. Mas o governo federal se omitiu. Quando comparamos as curvas da participação percentual da União, estados e municípios, a curva do governo federal vai diminuindo, enquanto os outros fazem um esforço desesperado para manter o investimento. O que é muito injusto, porque quem mais arrecada imposto e contribuições é o governo federal.

Se a gente for se aprofundar mais, vamos ver que não tem dinheiro porque mais de 40% do orçamento federal vai para os bancos, para pagamento de juros e amortização da dívida, que não foi contraída pelo SUS.

► **LM: A regulamentação da EC 29 frustrou as expectativas. O que fazer agora?**

Paim: A verdade é que se regulamentou a EC 29 para impedir a alocação de gastos que não eram de saúde, e isso foi um avanço, mas a questão do financiamento não foi resolvida. Dois poderes da República - o Executivo e Legislativo - não aproveitaram a oportunidade histórica de garantir a sustentabilidade econômica do SUS.

Só nos resta agora uma ação do Poder Judiciário, que não está no horizonte, ou, mais uma vez, a sociedade se organizar, se mobilizar, se manifestar. Nesse sentido, está em curso a tentativa de uma emenda

popular para obrigar o governo federal a gastar pelo menos 10% de seu orçamento com saúde.

Nenhum país do mundo que optou pelo sistema universal, ou seja, de caráter público, tem uma estrutura de gastos semelhante ao Brasil. Em todos eles, o poder público responde com mais de 70% dos gastos em saúde. Se um país europeu, por exemplo, destina 10% de seu PIB para a saúde, 70% ou 80% desse montante (7% ou 8%) é gasto público. Só 30% ou menos são privados.

► **LM: Você quer dizer que há uma inversão de valores no Brasil?**

Paim: Exatamente. No Brasil é o inverso. Do montante do PIB investido em saúde, quase 60% é gasto privado. E é, fundamentalmente, gasto das famílias e não das empresas, e quando as empresas gastam, embutem isso nos preços dos produtos e serviços. Quem paga a conta são os consumidores. O Estado brasileiro não contribui para manter o sistema público de saúde, tal como ocorre nos países que tem sistema universal. Este é um grande gargalo no SUS. E não é possível fazer milagres, por melhores que sejam os gestores. Sem resolver o problema de financiamento, não tem SUS que dê certo.

► **LM: Além da questão do financiamento, o que mais é preciso para garantir o SUS?**

Paim: A questão econômica é central, mas precisamos pensar, também, na sustentabilidade política. Ou seja, quais são as forças sociais e políticas que defendem, efetivamente, o SUS? E quem vai sustentar o avanço desse SUS?

Tem uma briga aí entre setor pú-

blico e privado - e nós sabemos a força do setor privado. Então, é preciso um conjunto de forças para defender o interesse público. Esse é outro ponto. Você pode ter o dinheiro, aumentar o financiamento, mas se for tudo para o setor privado, não está resolvendo a questão.

Tem ainda a questão da sustentabilidade institucional desse sistema. Porque, quando ele era pequenininho, recém-nascido, criança ou adolescente, dava para a gente ir tocando. Mas, hoje, o sistema já tem 22 anos, está na maioria. E temos que pensar quando ele ficar mais maduro ou idoso. É preciso manter um sistema decente, em que qualquer um de nós possa levar nossos filhos, nossos pais, avós ou nós próprios. Não podemos ficar à mercê de que cada espirro de um prefeito mude os secretários de saúde. No caso de Salvador, já passamos por mais de seis secretários em oito anos. Ou seja, a nossa saúde dependendo dos humores de um gestor.

Nós temos que pensar numa institucionalidade do SUS que não seja

refém dos interesses políticos partidários e eleitoreiros que, na maioria das vezes, comprometem completamente todo um esforço de uma gestão anterior. Temos que pensar numa outra institucionalidade do SUS, mas isso os partidos não discutem.

O SUS é muito complexo. Um sistema de saúde de um país, como o nosso, com quase 200 milhões de pessoas - que atende da vacina ao transplante -, tem que ter uma gestão profissionalizada. Não pode ser o arremedo de gestores que nós temos no nosso País. Claro, tem exceções e, lamentavelmente, não estamos dentro delas.

► **LM: Uma das questões que passa por essa avaliação que você fez é a autonomia do sistema de saúde. É necessária determinada autonomia para ter políticas de continuidade.**

Paim: Não entenda essa minha fala como uma defesa tecnocrática para a gestão. A gente lutou para ter eleição direta para prefeito, nas capitais, lutei também por isso. Claro que o secretário de saúde é



um político, homem de confiança do prefeito, do gestor, do governador. Agora, na hora que chega um secretário novo, mudar até o rapaz que serve o cafezinho, isso é inaceitável.

Nós temos que lutar pela redução drástica dos cargos de confiança. Os cargos devem ser ocupados pelo pessoal de carreira. O gestor, sim, é político, é um líder. Então, ele vai gerir, tem que convencer os seus técnicos que a sua política é a mais correta. É um absurdo, por exemplo, mudar um técnico que tem experiência de controle de dengue por outra pessoa, só porque o partido A ou B indicou.

Essa é uma coisa que eu falo sozinho no Brasil. Um ou outro já me acompanha. Tem que reduzir drasticamente, pelo menos na saúde, o número de cargos de confiança, para você valorizar a carreira, valorizar a prata da casa, o trabalhador.

► **LM: Você está em boa companhia, porque nós já entrevistamos, aqui mesmo no ISC, o ex-ministro Adib Jatene, e ele também defende essa redução.**

Paim: Hoje a gente já está com um pouco mais de gente, por exemplo, entidades como Cebes (Centro Brasileiro de Estudos de Saúde) e Abrasco (Associação Brasileira de Pós-Graduação de Saúde Coletiva) também já defendem essa tese. A agenda estratégica que escrevemos, ano passado, já tem essa tese. Não tão explícita como estou colocando, mas fala em profissionalização da gestão, então acho que já estamos avançando. Agora, para isso passar, os partidos precisam apoiar, mas os partidos vivem disso.

Temos que ampliar as forças políticas do SUS, para convencer os partidos que não são clientelistas, que não são fisiológicos, a ter uma posição mais de vanguarda.

► **LM: O Sindimed tem debatido a relação da categoria médica com os planos de saúde. Como você vê o conflito da saúde privada com o SUS? É possível o convívio desse modelo baseado no lucro e mercantilização com uma política de saúde universalizada?**

Paim: A Constituição brasileira é

muito clara ao entender a saúde como um direito social, ou seja, o princípio central de saúde como um bem público e não como mercadoria. Tanto é correta essa minha interpretação que a Constituição diz que determinados passos, ali contidos, devem ser objeto do Ministério Público. Ou seja, saúde é um tema de relevância pública e, portanto, obriga que em determinadas situações, em que há conflitos entre os interesses público e privado, prevalece a relevância pública.

Agora, numa sociedade capitalista tem o formal e o real, e a força da grana destrói coisas belas, como diz Caetano Veloso. Este capital, que hoje penetrou nos diversos espaços da saúde, não é só o capital industrial que produz mercadoria, medicamentos e equipamentos. É, sobretudo, o capital financeiro, que entrou pela área dos planos de saúde e que manipula, inclusive, segmentos das áreas econômicas do governo.

O que está aí, como adversário, não é nem o capital industrial de medicamentos. Porque se o sistema público amplia, vai ser um grande mercado para as indústrias que produzem equipamentos, medicamentos, etc. Você pode ter isso regulado através de avaliação tecnológica. O problema é o capital financeiro, que não tem regulação hoje no mundo. É esse que está mandando na saúde. E, é triste dizer isto, mandando especialmente de 2003 pra cá.

► **LM: Você quer dizer, a partir do governo Lula?**

Paim: Sim. Porque se formos analisar um governo neoliberal, como o do FHC, com todos os problemas, criou a ANS, criou a Lei 9.656 que,



de alguma forma, tentava estabelecer regras para os planos de saúde. Durante o governo FHC, os planos patinaram. Mas, de 2003 pra cá, é uma festa o crescimento dos planos de saúde.

Vocês podem me dizer: “Ah, mas isso é porque a população melhorou de renda, está tendo mais emprego, preferem os planos ao SUS”. Não é só isso. O fundamental é que tem uma iniciativa no âmbito do governo para estimular a expansão dos planos de saúde. Inclusive entre os seus funcionários públicos federais.

Eu e você podemos ter um plano de saúde, desde que a gente possa pagar. Agora, o governo tirar dinheiro público pra pagar plano de saúde pra funcionário público, isso é um escândalo.

Professor universitário, de uns anos pra cá está sendo estimulado a pleitear devolução no seu contracheque porque pagou plano de saúde. O que é isso? Subsídio, estímulo para o crescimento dos planos de saúde, que cresceram com a participação do governo federal de 2003 pra cá.

Aí, quando vai examinar as contribuições de campanha, você vê a participação das operadoras no mapa do financiamento, no patrocínio inclusive de palestras de ministros fortes do governo atual, um deles até já saiu. Transcende o SUS e o setor Saúde. A briga é muito forte.

► **LM: E isso permanece no governo Dilma?**

Paim: Dona Dilma tem umas políticas que se pode contestar, mas a redução da taxa Selic, de um ano pra cá, progressivamente, está de alguma forma dando margem para que o governo pegue esse dinheiro

“

O governo tirar dinheiro público pra pagar plano de saúde pra funcionário público, isso é um escândalo.

”

- que antes ia para os bancos -, e possa usar em questões mais substantivas para a população.

Eu não sei o que ela está fazendo com os sete ou oito bilhões que o governo poupa a cada 0,5% da queda da taxa Selic. São mais de 40 bilhões desde que começou a cair a Selic – que antes era 12,5% e hoje está em 8% -, dinheiro que o governo deixou de transferir para os bancos. Se tudo isso fosse para a saúde não precisava nem a EC 29. A briga é grande e, muitas vezes, não passa pelas entidades dos profissionais de saúde. A gente fica no miudinho não olha a floresta, só o pedacinho da raiz da árvore.

► **LM: Relacionado à lógica do capital que você citou, o Sindimed tem debatido constantemente os vínculos precarizados de trabalho dos médicos. Essa desregulamentação na saúde tem trazido prejuízo muito grande também para a população. Então, do ponto de vista do funcionamento pleno do SUS, qual o vínculo ideal de trabalho do médico? E como você avalia a condição atual?**

Paim: Em primeiro lugar, eu defendo uma carreira pública para todos os trabalhadores de saúde do SUS, inclusive para o médico. Se isso não

é possível para todo o SUS, eleger o que é mais importante para a população e para o SUS. Se for a atenção básica, vamos fazer uma carreira para aqueles da atenção básica.

É fundamental uma estratégia da saúde da família, precisa ter vínculo da equipe médica com a comunidade. Não pode ter um profissional sendo substituído a cada hora. Se ganharmos força e formos para a especializada, para o hospital, tanto melhor.

Defendo também tempo integral e dedicação exclusiva, numa carreira com remuneração decente. Eu penso que isso diminui o estresse, aumenta o vínculo do profissional com a população, e estimula a qualificação progressiva através da educação permanente. Essa foi a proposta nas origens do SUS, mas que foi se perdendo com as políticas neoliberais do Collor e FHC, e não foram modificadas pelo governo Lula.

Hoje, mesmo que alguns gestores apostem nessa tese que eu defendo, diante da Lei de Responsabilidade Fiscal, eles não podem ultrapassar determinado percentual com o pagamento de pessoal. Como o gestor é pragmático e tem que resolver questões diante do governador ou do prefeito, ele fica travado e terceiriza, utiliza esses remendos.

► **LM: Então, o caminho é o concurso e a carreira?**

Paim: Sem dúvida. Sempre brinco, que fiz concurso a minha vida toda, só falta fazer pra cova (risos). Já fiz concurso pra monitor, professor auxiliar, pra ser assistente, adjunto, professor titular, então não tenho mais pra onde subir dentro da carreira docente. Porque isso não pode acontecer com os trabalhado-

res da saúde? Será que a educação universitária é mais importante que a atenção básica que atende, fundamentalmente, as necessidades da população?

Não sei se o sindicato topa essa minha tese, mas acho que carreira precisa dedicação exclusiva. Porque se não começa a superexploração. Você cumpre as 40 horas, depois vai ter plantão disso, daquilo, e a família é que vai ser penalizada. Ou vem um enfarte prematuro.

► **LM: Na mesma linha da necessidade da carreira para o SUS que você propõe, o Sindimed entende que o Plano de Cargos, Carreira e Vencimentos (PCCV) é uma necessidade para os médicos do Estado. A exemplo do que já ocorre com a carreira jurídica. Como você avalia a saúde pública na Bahia e o que precisa ser feito pra melhorar?**

Paim: As pessoas não fazem distinção entre o que é saúde pública e o que é saúde coletiva, que deve ser integral. Saúde pública não é apenas trabalhar com vigilância epidemiológica e sanitária. Nós defendemos, tal como na Constituição, a integralidade da atenção e, portanto, o SUS do Estado deveria avançar num caminho que contemplasse a promoção da saúde, a proteção de riscos e danos e, claro, a assistência em todos os níveis. Da atenção básica até o âmbito hospitalar.

A impressão que tenho, ao ler os relatórios de gestão, é que a Secretaria de Saúde tem avançado do ponto de vista de segmentos utópicos em seu conjunto de ações e, de alguma forma, patinado em outros. Por exemplo, o fato de a Secretaria ter investido em hospitais – construção de novos e am-

pliação dos existentes -, eu vejo de forma positiva, porque a Bahia, comparativamente com outros estados, praticamente não tinha feito investimento nos últimos tempos. Nós temos uma relação de leito por habitante, muito inferior à média nacional.

Você sabe que vários hospitais privados de Salvador colocam uma placa na porta dizendo que não atendem emergência naquele dia. É necessário ter mais hospitais. E vejo melhorias também, por exemplo, do ponto de vista da criação de mecanismos mais avançados de organização, vigilância epidemiológica, de emergência.

O governo chegou até a anunciar políticas de promoção da saúde, que não saíra, talvez, pela dificuldade da Secretaria de Saúde com outras secretarias do próprio governo. A promoção da saúde não se faz somente por uma secretaria, tem que ser uma ação conjugada. Então, do ponto de vista da promoção da saúde, nós não avançamos.

Acho que, do ponto de vista da qualificação dos recursos humanos em

saúde, se criaram algumas bases e, provavelmente, nos anos futuros, teremos os efeitos disso. Uma iniciativa é a Unasus (Universidade Aberta para o SUS). Outro exemplo é o Telesaúde, em que o médico do interior, tendo alguma dificuldade com a leitura de um eletrocardiograma ou ultrassom, manda essa informação para um centro de especialistas.

Acho que, também, cresceu a negociação com os trabalhadores. Você se lembra das gestões anteriores: dificilmente éramos recebidos e, quando éramos, já estava tudo pronto. Também na abertura do concurso público, acho que avançamos.

► **LM: Para finalizar, queria abrir espaço para você deixar uma mensagem para o leitor da revista Luta Médica.**

Paim: Gostaria de aproveitar a oportunidade para lembrar o protagonismo que tiveram os médicos na década de 70 e 80, nos movimentos sociais, para a conquista da reforma sanitária e do SUS. Participei da 8ª Conferência Nacional de



Saúde e, na minha mesa, tinha o presidente do Conselho Regional de Medicina daquela época defendendo ideias iguais ou mais avançadas que as minhas.

Vou dar um exemplo: defendiam que o sistema de saúde deveria ser totalmente público, com a estatização imediata dos serviços privados de saúde – e isso foi dito numa época em que estatização era uma palavra forte. Não estou defendendo essa tese hoje, só quero ressaltar o quanto a categoria médica esteve à frente para a conquista do SUS.

Então, acho que precisamos relembrar essa experiência de luta e ver que, hoje, o SUS é uma con-

“

O SUS, a meu ver, está sob ameaça. Eu digo que vivemos o pior dos mundos porque temos um setor público subfinanciado e um setor privado subregulado.

”

quista, mas que sofre um conjunto de ameaças e que, talvez, valesse

a pena retomar parte dessa luta. A história não se repete, eu sei, mas uma parte dessa luta para sustentar o SUS.

O SUS, a meu ver, está sob ameaça. Eu digo que vivemos o pior dos mundos porque temos um setor público subfinanciado e um setor privado subregulado. Em outras palavras, precisamos aumentar o financiamento para o SUS e ampliar, aprofundar a regulação e a regulamentação do setor privado. Porque, senão, o que vai se impor é a lei da selva, é a lei do mercado em que a saúde é uma mera mercadoria dentro da acumulação de capital.

Trabalho no interior e ensino médico

► **LM: Como você avalia hoje o ensino da medicina, o número de escolas e de vagas?**

Paim: A base de escolas de medicina que temos é insuficiente para os médicos necessários para hoje. Mais ainda para o futuro, para o SUS se desenvolver. Porque se o SUS não se desenvolver a lógica vai ser a do mercado, não a lógica do planejamento. Eu defendo a tese de que é preciso abrir escolas para evitar um grande “apagão” na oferta de médicos. E isso depende de políticas públicas e tem a ver com investimentos, com construção de escolas decentes.

Nós corremos o risco de um “apagão” de médicos. E o crescimento do SUS vai demandar ainda mais profissionais. Um estudo nosso, publicado no *Lancet*, em 2011, mostra que no Brasil, proporcionalmente, na relação médico por habitante, temos menos médicos do que a Espanha, a Inglaterra e até do que nos Estados Unidos.

► **LM: Nós temos hoje a entrada de profissionais que vem da Bolívia, de Cuba, da Argentina e de outros paí-**

ses, são estrangeiros e também brasileiros que tiveram que sair do País porque aqui não encontraram vaga nas universidades. O que você pensa sobre isso?

Paim: Tem que garantir o controle de qualidade do médico sim, mas a gente não pode ser xenófobo em relação a questão dos profissionais. Não devemos reproduzir o que Portugal fez conosco, em relação aos dentistas. O Brasil sempre foi um país generoso e não vejo a necessidade de se fechar para companheiros que vem de outros países.

Agora você tem que fazer ajustes, eu mesmo já tive oportunidades de ver médicos que estudaram em Cuba, por exemplo, mas sabem as políticas de saúde do Brasil. Isso é importante. O que não simpatizo é com exames tipo OAB para médico. Eu acho que não funciona nem para a OAB.

► **LM: Outra questão é a fixação do médico em determinadas regiões, especialmente nas cidades do interior. Faltam políticas públicas para fixar o médico e resolver isso?**

Paim: Toda minha vida é ouvi a história de fixação do médico no interior.

E todos os programas e projetos que visaram isso, lamento informar, não deram certo.

Um profissional que leva seis anos se formando, mais dois, três ou cinco de residência. Ele não vai para qualquer local e se vai, mas não tem equipe – enfermeiro, farmacêutico, dentista -, o médico sozinho vai fazer o quê?

Minha tese é que se desenvolva um sistema de saúde local, que comece por ações mais simples. Primeiro deve chegar um agente comunitário de saúde, um auxiliar, um enfermeiro e, assim, vá se constituindo uma equipe. E tem que ter também uma carreira.

Enquanto estes processos não ocorrem, tem alternativas que não são de fixação, mas de garantia da atenção, através de bolsas para residência médica do SUS. Todos os residentes de medicina, como os multiprofissionais, deveriam passar pelos locais que tem carência e os professores que são monitores devem visitar, se articular com os médicos dessas áreas descobertas. Uma coisa é fixar o profissional e outra coisa é garantir o serviço, eu faço uma diferença.