



UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA



INSTITUTO DE PSICOLOGIA

Programa de Pós-Graduação em Psicologia - Mestrado

Área de Concentração: Psicologia Aplicada

Gabriela Martins Silva

A CRÍTICA AO SUS
NO JORNAL FOLHA DE SÃO PAULO

UBERLÂNDIA
2010

Livros Grátis

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

Gabriela Martins Silva

A CRÍTICA AO SUS
NO JORNAL FOLHA DE SÃO PAULO

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia – Mestrado, do Instituto de Psicologia da Universidade Federal de Uberlândia, como requisito parcial à obtenção do Título de Mestre em Psicologia Aplicada.

Área de concentração: Psicologia Aplicada

Orientador: Prof. Dr. Emerson F. Rasera

UBERLÂNDIA
2010

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

Sistema de Bibliotecas da UFU, MG, Brasil.

- S586c Silva, Gabriela Martins, 1984-
A crítica ao SUS no jornal Folha de São Paulo [manuscrito] / Gabriela
Martins Silva. - 2010.
132 f.
- Orientador: Emerson F. Raserá.
Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Uberlândia, Programa
de Pós-Graduação em Psicologia.
Inclui bibliografia.
1. Sistema Único de Saúde (Brasil) - Teses. 2. Saúde na comunicação de
massa - Teses. 3. Análise crítica do discurso - Teses. 4. Folha de S. Paulo
(Jornal) - Teses. 5. Construcionismo social - Teses. I. Raserá, Emerson F.
(Emerson Fernando), 1972- II. Universidade Federal de Uberlândia.
Programa de Pós-Graduação em Psicologia. III. Título.

CDU: 614(81)



UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
INSTITUTO DE PSICOLOGIA



Gabriela Martins Silva

A CRÍTICA AO SUS
NO JORNAL FOLHA DE SÃO PAULO

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia
– Mestrado, do Instituto de Psicologia da Universidade Federal de
Uberlândia, como requisito parcial à obtenção do Título de Mestre.
Área de concentração: Psicologia Aplicada

Banca Examinadora:

Uberlândia, 27 de Agosto de 2010.

Prof. Dr. Emerson Fernando Rasera
Orientador (UFU)

Prof. Dr. Benedito Medrado-Dantas
Examinador (UFPE)

Prof^ª. Dr^ª. Paula Cristina Medeiros Rezende
Examinadora (UFU)

Prof^ª. Dr^ª. Carla Guanaes
Examinadora Suplente (USP)

*Aos meus pais, Gaspar e Rita,
Porque o maior aprendizado é o amor.
E ao Prof. Emerson,
Porque ele sabe disso.*

Agradecimentos

*“Se a obra é a soma das penas,
Pago, mas quero meu troco em poemas”
Alice Ruiz*

Este trabalho é a materialização de muitas aprendizagens e vivências marcantes que tive durante o mestrado, que em muito extrapolam o âmbito acadêmico-profissional da minha vida.

Nesse percurso, algumas pessoas foram essenciais, e com elas a vida e o trabalho se tornaram cheios de sentido e possibilidades. Por isso agradeço:

À minha família, por ser fonte de amor e apoio fundamental em todos os momentos da minha vida.

Especialmente, aos pequenos Léo e Rô, por serem, além disso, inspiração e alegria.

Ao meu querido orientador Emerson, que tanto me ensinou com a convivência harmoniosa e cuidadosa, me mostrando o valor fundamental da confiança e do respeito nas relações.

Ao Conselho Municipal de Saúde de Uberlândia onde, na função de conselheira de saúde, tive contato com saberes que muito me ajudaram na compreensão dos assuntos tratados neste trabalho.

Às amigas: Ana Carolina, Natália e Luciana, pelo carinho, cuidado e pela torcida.

Especialmente à Mariana, pelo estar junto sem pressa, sendo companhia que ilumina, compreende e diverte.

À Maria Alzira, por ser o ouvido que acolhe e a voz que esclarece.

Aos queridos companheiros Berenice, Flávia, Júnia, Ludoana, Mário, Nayara, Pedro, Rafael e Rita, pelo estudo conjunto, pela inteligência, paciência, atenção, cuidado, palpites, avaliação e claro, pelos *happy hours*!

**A todos vocês, que fazem comigo a vida,
Muito obrigada!**

RESUMO

A crítica ao SUS no jornal Folha de São Paulo

Este trabalho tem como objetivo o estudo da construção da crítica ao SUS no Jornal Folha de São Paulo, em 2008, considerando os sentidos sobre o Sistema, sobre seu gestor e seu usuário. Com essa análise visamos colaborar com as discussões em torno da importância da divulgação do SUS para efetivação de seus princípios e exercício do Controle Social. Para tanto, procedemos à análise de 667 notícias selecionadas mediante pesquisa *on line* no acervo da Folha, a partir da análise crítica do discurso e das contribuições da perspectiva construcionista social, lentes metodológicas que nos convidam a explicitar o caráter construído das realidades sociais, considerando os efeitos das diferentes formas de construção para os diversos atores e instituições sociais. Assim, estudamos o processo de produção da crítica ao SUS nas notícias, buscando compreender quais sentidos foram construídos ou privilegiados a partir do uso de diferentes recursos linguísticos, analisando-o como prática textual, e a influência do estilo jornalístico na construção desses sentidos, analisando-o como prática discursiva. Com esse processo, delimitamos a construção da ineficácia do SUS, da (in)competência do governo e da (in)determinação da inserção do usuário. A ineficácia do SUS foi construída mediante algumas estratégias que chamamos de: (1) A nomeação do SUS, com explicitação do termo em notícias sobre aspectos problemáticos e pouco aparecimento do mesmo em notícias sobre feitos exitosos; (2) SUS em crise, caracterizado pela repetição da palavra crise e generalização dos aspectos problemáticos; (3) A eterna memória do ruim, delimitada pelo uso de “apesar de” e “mas”, visando trazer a tona aspectos problemáticos do sistema; e (4) A “ironização” do SUS, marcada pelo uso da ironia ao se falar sobre seus serviços. Na construção da (in)competência do governo, encontramos: (1) A desmoralização do governo, sinalizando a intenção do mesmo de esconder dados problemáticos; (2) Outros que fazem melhor, com a valorização do privado, do internacional e do filantrópico em detrimento do público e nacional; (3) A voz dos especialistas atestando a incompetência do governo, com a deslegitimação da voz oficial; (4) Personalização do governo, ocorrendo a associação da responsabilidade do governo com motivações, quereres e afetos de pessoas; e (5) O foco no tempo, havendo a naturalização da demora ao se falar do tempo demandado para que ações em saúde acontecessem. Com relação a (in)determinação da inserção do usuário no sistema, delimitamos três estratégias: (1) Despolitização do usuário, marcada pela inserção do usuário a partir do uso de diferentes serviços de maneira descomprometida; (2) Politização limitada, caracterizada por uma participação política restrita a espaços consentidos ou delimitada a alguns seguimentos sociais; e (3) Judicialização, marcada pela exigência de direitos individuais via ação judicial. Assim, ocorreu o apagamento da possibilidade de atuação via conselhos de saúde e/ou conferências de saúde. Esses sentidos foram produzidos a partir da busca pelo “furo” jornalístico, caracterizado em nosso estudo pela (1) sazonalidade na publicação de notícias; (2) pelo uso de manchetes “bombásticas”; (3) pela simplificação, com o intuito de propiciar o entendimento da notícia pelo maior número de pessoas; e (4) pelo uso de recursos de visibilidade, como dados acumulados, comparações e metáforas concretas. Todos esses recursos e sentidos propiciam uma visão limitada e negativa do SUS, baseada na desconfiança e na impossibilidade de melhorar o sistema. Além disso, a partir da construção da (in)competência do governo e da (in)determinação da inserção do usuário, consideramos que não ocorre a divulgação do controle social como forma de atuação e participação no SUS, o que oculta a história e o processo democrático de construção do mesmo.

Palavras-chave: SUS; Imprensa; Comunicação em saúde; Análise Crítica do Discurso

ABSTRACT

Criticism of SUS (Brazilian National Health System) in the newspaper: Folha de São Paulo

This paper aims to study the construction of the criticism of the SUS (Brazilian National Health System) in the newspaper Folha de São Paulo during the year of 2008, considering the meanings attributed to the system, to its directors and to its users. With this analysis we aim to collaborate with the discussions around the importance of SUS disclosure to put in effect its principles and Social Control. To do so, the analysis of 667 news articles selected by researching the papers files on line was conducted. Critical discourse analysis and contributions of the social constructionist perspective, methodological lenses which invite us to explain the constructed character of social realities, considering the effects of different forms of construction for the various actors and social institutions were used. Thus, we studied the process of news production, trying to understand what meanings have been constructed or privileged from the use of different linguistic resources, analyzing it as a textual practice, and the influence of journalistic style in the construction of these meanings, analyzing it as a discursive practice. With this process, we delimited the construction of SUS ineffectiveness, the (in)competence of the government and (in)determination of the user insertion. The ineffectiveness of SUS was built upon some discursive strategies that call for: (1) The appointment of SUS, in terms of its problematic aspects and little on its successfulness, (2) Health care system in crisis, characterized by the repetition of the word crisis and generalization of problematic areas to the role System, (3) The eternal memory of the bad, delimited by the use of "despite" and "but" in order to bring about problematic aspects of the System, and (4) The irony of SUS, marked by the use of irony when talking about the services. In the construction of the (in) competence of government, we found: (1) The demoralization of the government, signaling the intent to conceal data upon its own problem, (2) Others who do better with private, international and philanthropic at the expense of public and national, (3) The voice of the experts attesting to the incompetence of government, with the illegitimacy of the official voice, (4) Personalization of the government, as the actions of the government are explained by the motivations, wishes and affections of the people who govern, (5) The focus on time, naturalizing the lateness of health interventions. In regards to (in) determination of the insertion of the user in the System, we delimited three discursive strategies: (1) Depoliticization of the user, marked by the insertion of the user from the use of different services in non committing manners, (2) Limited politicization, characterized by a political participation restricted to enclosed spaces or consenting to some social sectors, and (3) Judicialization, marked by the requirement of individual rights through legal proceedings. Thus, erasing of the possibility of acting through boards of health and /or health conferences was found. These directions were produced from the search for "scoops", featured in our study by (1) seasonality in the publication of news, (2) the use of "bombastic" headlines (3) simplicity, with the aim of providing understanding of the news by more people, and (4) by using visibility features, such as data accumulated, comparisons and concrete metaphors. All these features and meanings provide a limited and negative view of the SUS, based on mistrust and inability to improve the system. Moreover, since the construction of government (in)competence and the (in)determinacy of insertion of the user, we believe that social control disclosure does not occur as a form of promoting participation in the SUS, which hides the history and the democratic process of its construction.

Keywords: SUS; Press; Health communication; Critical Discourse Analysis

SUMÁRIO

RESUMO	5
ABSTRACT	6
SUMÁRIO.....	7
APRESENTAÇÃO.....	8
1- ENTENDENDO O SUS: BREVE HISTÓRICO DE SEUS ANTECEDENTES E O SUS DE 1988 A 2009	12
1.1- ANTECEDENTES DO SUS	12
1.2- PÓS INSTITUIÇÃO: O SUS DE 1988 À 2009	18
1.3- SUS 20 ANOS: DESAFIOS E PERSPECTIVAS	31
2- A IMPORTÂNCIA DA COMUNICAÇÃO PARA A EFETIVAÇÃO DO SUS	36
2.1 – O CONTROLE SOCIAL E A COMUNICAÇÃO EM SAÚDE	43
2.2 – A CRÍTICA AO SUS NA MÍDIA: A BUSCA PELO “FURO” JORNALÍSTICO	48
3- MÉTODO	52
3.1- O CONSTRUCIONISMO SOCIAL E A ANÁLISE CRÍTICA DO DISCURSO	52
3.2 - CORPUS DE ANÁLISE	57
4- A CONSTRUÇÃO DA CRÍTICA AO SUS: INEFICÁCIA DO SISTEMA, (IN)COMPETÊNCIA DO GOVERNO E (IN)DETERMINAÇÃO DA INSERÇÃO DO USUÁRIO	62
4.1- A INEFICÁCIA DO SISTEMA	62
4.1.1 - <i>A nomeação do SUS: o jogo de ocultamento e destaque</i>	63
4.1.2 - <i>SUS, um sistema em crise: a repetição e a generalização</i>	66
4.1.3 - <i>A eterna memória do ruim: “apesar de”, “mas” e outros recursos que destacam as insuficiências</i>	68
4.1.4 - <i>A “ironização” do SUS</i>	72
4.2 - A (IN)COMPETÊNCIA DO GOVERNO	74
4.2.1 - <i>A desmoralização do governo: o governo sob suspeita</i>	75
4.2.2 - <i>Outros que fazem melhor: o privado, o internacional, o filantrópico</i>	80
4.2.3 - <i>A voz dos especialistas alerta: o governo é incompetente</i>	89
4.2.4 - <i>A personalização do governo: interesse e vontade política</i>	91
4.2.5 - <i>O foco no tempo: a omissão e morosidade do governo</i>	94
4.3 - A (IN)DETERMINAÇÃO DA INSERÇÃO DO USUÁRIO	97
4.3.1 - <i>A despolitização do usuário</i>	97
4.3.2 - <i>A participação politizada, mas limitada</i>	103
4.3.3 - <i>A judicialização da participação do usuário</i>	109
4.4 - O SUS NOTÍCIA: A BUSCA PELO “FURO” JORNALÍSTICO	112
4.4.1 - <i>Sazonalidade</i>	113
4.4.2 - <i>Manchetes “bombásticas” e “outro lado”</i>	115
4.4.3 - <i>Simplificação</i>	119
4.4.4 - <i>Recursos de visibilidade: dados acumulados, comparações, metáforas concretas</i>	121
5- CONSIDERAÇÕES FINAIS	125
REFERÊNCIAS	129

APRESENTAÇÃO

Esse trabalho tem como objetivo o estudo dos processos de produção da crítica ao Sistema Único de Saúde, encontrados em notícias publicadas pelo jornal Folha de São Paulo, no ano de 2008, buscando, contribuir com as discussões acerca da importância da comunicação em saúde para efetivação do SUS e do controle social.

O interesse em realizar esse trabalho veio da minha conscientização a respeito do meu pouco conhecimento sobre o SUS e da existência do controle social. cursando o 7º período de Psicologia na Universidade Federal de Uberlândia, tive um contato mínimo com o SUS, enquanto profissional, durante estágio realizado na Clínica de Psicologia da instituição. A partir disso, me deparei com situações relacionadas à organização dos atendimentos que me fizeram querer entender os motivos de tal organização, o que me levou a estudar, por conta própria, o SUS. Contemporaneamente a isso, participei de um projeto de extensão que tratava da interface entre as ciências humanas e a saúde coletiva, trazendo discussões sobre a história, organização e funcionamento do SUS. Com isso, e só a partir desses contatos, extracurriculares e realizados por minha iniciativa, pude compreender a história do Sistema Único de Saúde brasileiro e descobrir que nele existe uma ferramenta democrática de participação na deliberação, gestão e fiscalização do sistema, chamada controle social.

Ao descobrir isso fiquei extremamente surpresa por dois motivos. Primeiro, porque achei muito inovadora e promissora essa proposta de intervenção da sociedade no Estado. Em segundo lugar, porque aquilo que eu julgava inovador já existia há mais de quinze anos na legislação e eu, graduanda em Psicologia, nunca ouvira falar, nem no curso, nem na TV, nem nos jornais. Isso me fez questionar como seria o funcionamento do SUS se as pessoas entendessem seu funcionamento e soubessem da existência do controle social. E, como as

pessoas poderiam saber muito mais sobre o SUS e sobre o controle social se a mídia se engajasse na divulgação dessa temática tão importante, de maneira a promover a cidadania.

Então, no mestrado, decidi investigar de algum modo essa questão. Comecei a me dedicar à leitura de textos e teóricos e descobri que minha questão também não era novidade, pois já vinha sendo debatida na literatura e em relatórios de Conferências Nacionais de Saúde há vários anos. Esses textos recomendam veementemente uma necessidade de participação ativa da mídia na transformação da sociedade, o que inclui a divulgação produtiva do SUS, habilitando os leitores com conhecimento que os permitam entender seu funcionamento, dificuldades e limitações, para que possam se beneficiar melhor dos serviços e também exercer o controle social.

Comecei também a frequentar as reuniões do Conselho Municipal de Saúde de Uberlândia (CMSU), me tornando, mais tarde, conselheira de saúde, representando os estudantes, no seguimento dos usuários. Essa experiência foi muito rica no sentido de entender o funcionamento do SUS e lidar com seus desafios e limitações, sendo um deles o exercício do controle social. A partir de minhas vivências e experiências no CMSU, percebi o quanto a efetivação dessa participação é uma tarefa complexa, que está muito atrelada à qualidade das informações e conhecimentos dos conselheiros.

Essa atuação como conselheira me acompanhou durante o mestrado, alimentando questionamentos e servindo de estímulo à pesquisa, me ajudando a delimitar um campo de análise.

Realizando esse estudo, muitas vezes fui questionada: “mas o que isso tem a ver com a Psicologia?”. Para essa questão, respondo que, com a Psicologia tradicional, interessada em compreender questões psicológicas individuais, esse trabalho que desenvolvi não tem muito a ver. Mas se relaciona com a Psicologia na qual acredito que considera que existem diversas razões históricas e sociais para as pessoas sentirem, pensarem, desejarem, agirem e

imaginarem como elas fazem. Para essa Psicologia, qualquer ação no sentido da reflexão e enriquecimento cultural é importante e tem consequências nas vidas das pessoas.

Nesse sentido, me pauto nos pressupostos construcionistas sociais e da análise crítica do discurso, para realizar este estudo. Estes repertórios teóricos, na medida em que concebem a realidade como construída discursivamente no intercâmbio cultural que se dá entre as pessoas e instituições, promovem a transformação social e cultural por meio da transformação dos modos de se conversar.

Assim, no primeiro capítulo, apresento o SUS, falando da história de sua organização, com o intuito de propiciar ao leitor a compreensão do Sistema no tocante ao processo de sua instituição, e da legislação e diretrizes que o formatam desde então, além de seus principais desafios ao totalizarmos 20 anos de sua instituição.

No capítulo seguinte, examinaremos a relação entre a comunicação em saúde e a efetivação do SUS. Apresento então, várias deliberações e processos que visam a melhoria da comunicação em saúde. Entre elas está a noção de que a mídia tem um papel importante na divulgação de informações sobre a saúde e sobre o SUS, na medida em que o acesso a essas informações é considerado como condição necessária para a efetivação do sistema e para o exercício do controle social. Além disso, analisaremos as proposições de alguns autores que afirmam que, ao contrário disso, a mídia tem criado no imaginário social uma imagem muito negativa e simplista do SUS.

Com isso elaboramos as justificativas para realização deste trabalho, que tem sua metodologia pautada na análise crítica do discurso, visando compreender, como já foi dito, os processos de produção da crítica ao SUS. Para isso, fizemos alguns processos de seleção das notícias, considerando os objetivos do trabalho, que serão apresentados e explicados no capítulo três, referente ao método.

O quarto capítulo é constituído, então, pelos resultados da análise realizada que nos mostram como o SUS foi criticado pelo jornal a partir da construção da ineficácia do SUS, da (in)competência dos governantes e da (in)determinação da inserção do usuário no Sistema. Esses sentidos, de modo geral, apresentam um SUS problemático, mal administrado e com pouca participação política dos seus usuários, e foram fortemente marcados pela busca pelo “furo” jornalístico. Analisando o fazer jornalístico, encontramos a sazonalidade, o uso de manchetes bombásticas, a simplificação e a utilização de recursos de visibilidade como estratégias que muito influenciaram na construção dos sentidos delimitados.

O quinto capítulo é constituído por nossas considerações finais, que dizem respeito às contribuições do estudo, algumas questões metodológicas, limitações dos resultados e sugestões de futuras pesquisas, que nos fazem pensar que ainda há bastante a ser explorado sobre essa temática.

Finalizando esta apresentação, espero que a leitura possa ser agradável e que possa contribuir com as “conversas” a respeito dos processos de produção de sentidos sobre o SUS na mídia.

1 ENTENDENDO O SUS: BREVE HISTÓRICO DE SEUS ANTECEDENTES E O SUS DE 1988 A 2009

O objetivo desse capítulo é traçar um panorama geral do Sistema Único de Saúde (SUS), no tocante às políticas que o antecederam, seu processo de institucionalização e as regulamentações que o formatam desde a sua instituição, a partir de um recorte bibliográfico próprio. Faremos essa tarefa em três partes: primeiro conheceremos os antecedentes do SUS para em seguida compreendermos o que tem sido feito desde sua constituição, bem como as avaliações sobre a situação do sistema após 20 anos de institucionalização.

1.1- Antecedentes do SUS

O SUS não surgiu magicamente em 1988, quando foi instituído na Constituição Brasileira. Ao contrário, impulsionada pelo movimento social denominado de Reforma Sanitária Brasileira, a institucionalização do SUS foi um marco do movimento democrático que vinha sendo discutido na sociedade há um longo tempo (Brasil, 2009; Mendes, 1996; Silva, 2009).

Do início do século XX até 1965, o sistema de saúde brasileiro se transformou do modelo do sanitário campanhista para o modelo médico-assistencial privatista, até chegar, no final dos anos 80, ao modelo plural, que inclui o SUS e os planos de saúde privados como sistema de saúde suplementar, vigente até hoje. Essas transformações foram principalmente influenciadas por questões econômicas do país, mas também por noções de saúde que vigoravam em cada momento histórico, na medida em que o pensamento científico se desenvolvia (Mendes, 1996).

Visando manter a coerência com os objetivos desse estudo, nos focaremos nas transformações econômicas e sociais que ocorreram no Brasil e influenciaram as mudanças nos sistemas de cuidado à saúde no país.

O modelo do sanitarismo campanhista foi adotado num momento em que a economia brasileira era dominada pela agroexportação, baseada na monocultura de café. Além disso, nesse período, a concepção de saúde se pautava na teoria dos germes, sendo o adoecimento entendido como resultado da relação linear entre agente e hospedeiro. Sendo assim, o sistema de saúde consistia em uma política de saneamento dos espaços de circulação das mercadorias exportáveis, visando à erradicação ou controle das doenças que poderiam contaminar os produtos e prejudicar as exportações. Pode-se considerar, para fins didáticos, que esse modelo vigorou do início do século XX até 1945 (Carvalho, Martin & Cordoni Jr., 2001a; Mendes, 1996).

Nesse período, foi criada a assistência previdenciária com a Lei Elói Chaves de 24 de Maio de 1923. Essa lei determinava a criação das Caixas de Aposentadoria e Pensões (CAPs) para cada uma das empresas de estrada de ferro, com o objetivo de prestar serviços médicos e farmacêuticos para empregados e seus dependentes e conceder aposentadorias e pensões. As CAPs eram administradas e financiadas pelos empregados e empregadores (Buss, 1995; Mercadante, 2002; Paim, 2003).

Devido à crise do café, agravada pela quebra da bolsa de Nova Iorque em 1929, o centro da economia do país se deslocou para os centros urbanos, alterando o objetivo do sistema de saúde. Possibilitado pelo desenvolvimento das tecnologias da medicina curativa, o importante se tornou, então, cuidar dos corpos dos trabalhadores, com vistas à manutenção da sua capacidade produtiva, e não mais apenas sanear os espaços de circulação de mercadorias (Buss, 1995; Carvalho et al., 2001a).

Nesse período, com Getúlio Vargas no poder, foi cada vez mais crescente a intervenção do Estado na sociedade. Além disso, o número de segurados crescia exponencialmente, levando a criação, em 1933, de uma nova estrutura de Previdência Social, os Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs), organizados por categorias e não mais por empresas. Foram criados: o Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Marítimos (IAPM), dos Bancários (IAPB), dos empregados de Transportes e Cargas (IAPTEC), dos Comerciantes (IAPC), entre outros. Com isso, o presidente dos institutos passou a ser nomeado pelo presidente da república, o representante dos empregados indicado pelo sindicato e o financiamento passou a ser tripartite, feito pelo Estado, pelos empregados e pelos empregadores, sendo os recursos centralizados na mão do Estado (Mendes, 1996; Oliveira e Teixeira, 1986).

Em 1930, foi criado o Ministério da Educação e Saúde que passou a coordenar as ações de saúde de caráter coletivo e preventivo, enquanto a assistência médica era prestada pelo sistema previdenciário aos assalariados e seus dependentes. Assim, as pessoas que não estavam vinculadas ao mercado formal de trabalho, dependiam da assistência dada pelas entidades de caridade (Carvalho et al., 2001a).

De 1945 a 1966, o país sofreu os efeitos do pós-guerra, enfrentando grande desemprego, êxodo rural e aumento da urbanização, o que modificou o quadro de adoecimentos, que passou a ser dominado por doenças de massa geradas ou agravadas pelas condições de vida e de trabalho. Isso levou à forte pressão popular por assistência médica, que, por sua vez, levou o Estado a procurar atender essas pressões, aumentando os benefícios. Entretanto, esse aumento dos benefícios não foi acompanhado do aumento da receita que, somado ao fato de que os recursos dos IAPs, acumulados na mão do Estado, haviam sido utilizados para viabilizar o projeto de industrialização no país, gerou uma grave crise no sistema previdenciário (Carvalho et al., 2001a).

Com o golpe militar de 1964, os IAPs foram mais uma vez unificados no Instituto de Previdência Social (INPS), com a justificativa de obter maior racionalidade financeira nos benefícios concedidos. Com essa unificação, os empregados e empregadores foram excluídos da gestão da previdência, cabendo a eles apenas participar do financiamento (Buss, 1995; Paim, 2003).

A criação do INPS, ocorrida em 1966, foi o marco da consolidação do modelo médico-assistencial privatista, tendo como principais características:

- A extensão de cobertura previdenciária
- O privilegiamento da prática médica curativa e individual em detrimento das ações coletivas
- A criação de um complexo médico-industrial
- O deslocamento da prestação dos serviços médicos a entes privados lucrativos e não-lucrativos (Brasil, 2009, p. 19).

O modelo médico-assistencial privatista era composto por três subsistemas. Em sua base estava o subsistema estatal, constituído pelo Ministério da Saúde (criado em 1953) e pelas Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, ao qual cabia exercer a medicina simplificada, destinada a cobrir as populações não-integradas economicamente e desenvolver ações remanescentes do sanitarismo. O subsistema hegemônico era o subsistema privado, responsável por cobrir os beneficiários da Previdência Social, a partir de contrato e convênio com essa instituição, caracterizando a terceirização da atenção médica. O terceiro subsistema era o da atenção médica supletiva, representada pelos planos de saúde (Mendes, 1996).

Assim, esse modelo médico-assistencial privatista permaneceu hegemônico dos anos 1960 até meados dos anos 80 (Mendes, 1996). Contudo, com a ampliação da seguridade social e da assistência médica a novas categorias e o predomínio de contratos de serviços com empresas privadas com baixo controle por parte da previdência, formou-se um terreno

propício à corrupção que alimentou a crise econômica da previdência. Para contornar esses problemas, o governo criou o Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS), ao qual foi vinculado o INPS e o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS). Naquele momento, instaurou-se no país uma crise política e econômica, caracterizada pela luta contra a ditadura e responsabilização do Estado pelos problemas vividos no país (Carvalho et al., 2001a).

Inserido nesse movimento pela democracia, na década de 70, surge o Movimento da Reforma Sanitária, que visava à formulação do pensamento crítico na política de saúde. Esse pensamento crítico foi influenciado pelo debate internacional acerca da importância da atenção primária em saúde, marcado com a realização, em 1978, da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, em Alma-Ata, no atual Cazaquistão e com a formulação da Declaração de Alma-Ata. Assim, esse movimento propiciou o desenvolvimento de programas de muito sucesso, baseados nas idéias da Medicina Comunitária e na atenção primária à saúde, tais como o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento do Nordeste (PIASS) e o Programa de Preparação Estratégica de Pessoal (PREPS), todos de 1976 (Carvalho et al., 2001a; Mercadante, 2002; Brasil, 2009).

A partir dos anos 80, as transformações políticas e econômicas do país se aprofundaram, passando por uma grave crise de Estado, marcada pela crise fiscal, pela dívida externa, pela crise da Previdência Social, e por movimentos sociais que culminaram na transição do regime autoritário para o democrático, com a elaboração de uma nova Constituição.

No início dos anos 80, em meio à crise da Previdência e com a ditadura ainda forte, o governo, mais uma vez com o intuito de racionalizar despesas e controlar os gastos em saúde, cria o Conselho Consultivo de Administração da Saúde Previdenciária (CONASP), que lança o Plano de Reorientação da Assistência à Saúde no âmbito da Previdência Social, o “Plano CONASP” (Brasil, 2009; Mercadante, 2002).

Esse plano determinou a implantação das Ações Integradas em Saúde (AIS), uma parceria entre INAMPS e as secretarias estaduais e municipais de saúde, que visavam organizar a assistência à saúde, evitando ações paralelas e simultâneas entre as instituições sanitárias. As AIS tinham como princípios norteadores a universalidade do atendimento, a integralidade e equidade nas ações, regionalização e hierarquização dos serviços, descentralização das ações e da gestão, participação da comunidade e controle do setor público sobre os sistemas filantrópico e privado, princípios que mais tarde seriam norteadores do SUS. Por meio delas, foram conseguidos avanços expressivos no atendimento à saúde da população, com fortalecimento da rede básica, aumento da capacidade de atendimento da demanda e de contratação de pessoal (Brasil, 2009; Buss, 1995).

O passo seguinte foi a implantação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), em 1987, visando a consolidação e desenvolvimento qualitativo das AIS por meio da criação de Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde em cada Estado e a reformulação do sistema nacional de saúde, com a redefinição dos papéis de cada esfera do governo. Todavia, esses objetivos não ocorreram, havendo acúmulo de poder nas secretarias estaduais de saúde e enfraquecimento do INAMPS (Carvalho et al., 2001a).

Contemporaneamente a todos esses fatores sócio-políticos, foi realizada, em março de 1986, a VIII Conferência Nacional de Saúde, que foi considerada o evento político-sanitário mais importante da década. Essa conferência, marco da reforma sanitária brasileira, foi diferente de todas as demais realizadas até então por contar com a participação de milhares de representantes, de quase todos os movimentos sociais interessados na questão saúde e por ter sido organizada de maneira processual, iniciada pelas conferências municipais, seguidas pelas estaduais até atingir o âmbito nacional (Buss, 1995; Carvalho et al., 2001a; Mendes, 1996).

A doutrina dessa conferência, expressa em seu relatório final, se constituiu então em instrumento que influenciou direta e determinantemente em dois processos que vinham se

desenvolvendo desde 1987: a implantação do SUDS, tal como já foi detalhado anteriormente, e a elaboração da nova Constituição Federal (Brasil, 2009; Carvalho et al., 2001a; Mendes, 1996).

Com isso, a saúde foi definida como direito universal, no Art. 196 e no Art. 198 da Constituição Federal de 1988, sendo resultado de políticas sociais e econômicas e dever do Estado. As ações e serviços de saúde devem ser providos por um Sistema Único de Saúde que deve ter como princípios fundamentais: a descentralização, com multiplicação dos centros de poder, realizada principalmente pela municipalização dos serviços; o atendimento integral, com superação da dicotomia entre serviços curativos e de prevenção, com ênfase na prevenção; e o controle social, caracterizado pela participação popular no processo decisório e na fiscalização dos serviços de saúde (Carvalho et al., 2001a; Mendes, 1996).

Estava instituído, assim, o Sistema Único de Saúde (SUS).

1.2- Pós instituição: O SUS de 1988 à 2009

Tendo sido previstos na Constituição Federal de 1988 o direito universal à saúde e a obrigação do Estado de provê-la, se tornaram necessárias então leis que regessem o funcionamento do SUS e ditassem de que modo e com quais recursos seriam implantados os seus princípios norteadores. São estes aspectos que abordaremos a seguir.

As Leis nº 8.080 e 8.142, de 1990, são chamadas Leis Orgânicas da Saúde, pois regulamentam o SUS. A Lei nº 8.080 dispõe como tarefa do SUS prestar assistência às pessoas a partir de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, o que inclui serviços de vigilância sanitária, vigilância epidemiológica, saúde do trabalhador e assistência terapêutica integral, inclusive a farmacêutica¹. Além disso, preconiza que a direção do SUS é

¹ Alguns anos depois, a Lei nº 8.080, que estipula as tarefas do SUS, foi complementada pela Lei nº 9.836, de 1999, instituindo o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, incluindo assim mais um tipo de assistência a ser prestada pelo SUS (Brasil, 2006c).

única e exercida em cada esfera de governo por diferentes órgãos: pelo Ministério da Saúde, no âmbito da União, pelas secretarias estaduais de saúde, nos âmbitos estaduais, e pelas secretarias municipais de saúde nos âmbitos municipais (Carvalho et al., 2001a).

Devido aos vários vetos que o presidente Fernando Collor impôs à Lei nº 8.080, vetos estes que atingiam principalmente a efetivação do controle social, houve uma grande pressão da sociedade civil organizada que culminou na edição da Lei nº 8.142. Essa lei, também de 1990, regulamenta a participação da comunidade na gestão do SUS, instituindo dois espaços de participação: os Conselhos de Saúde e as Conferências de Saúde. Além disso, define a participação do Conselho Nacional de Secretarias Estaduais de Saúde (CONASS) e do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS) no Conselho Nacional de Saúde e estabelece os requisitos que os Estados e municípios devem apresentar para receberem recursos do governo federal, entre os quais está a existência dos Conselhos de Saúde (Brasil, 2009; Stotz, 2006).

Os Conselhos de Saúde são órgãos colegiados, de caráter permanente e deliberativo que atuam na formulação de estratégias e no controle da execução das políticas de saúde, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros. Têm constituição paritária, sendo 50% de usuários, 25% de trabalhadores da saúde e 25% de prestadores de serviço e gestores de saúde, organizados por distritos sanitários, municípios, Estados e no âmbito nacional (Brasil, 2007a; Carvalho et al., 2001b).

Nos conselhos, os usuários podem ser representados por membros de associações de bairro, de portadores de problemas de saúde, de grupos religiosos e outros grupos sociais. Os trabalhadores da saúde, normalmente, são indicados por sindicatos ou por associações profissionais. Os prestadores de serviço podem ser representados por proprietários ou administradores de hospitais, clínicas e laboratórios que prestam serviços de saúde. Já os

gestores são os responsáveis pelo Sistema Único de Saúde do respectivo nível de governo onde está constituído o conselho.

Tal como dissemos, a Lei 8.142/90 regulamentou também as Conferências de Saúde, que são reuniões para discussão e formulação de diretrizes, organizadas nos âmbitos municipal, estadual e nacional.

A Conferência Nacional de Saúde é considerada hoje como o grande marco do exercício do controle social. Isso porque quando elas começaram a ser organizadas, em 1941, permitiam apenas a participação de especialistas em Saúde Pública, a maioria vinculada ao Ministério da Saúde, e não tinham caráter deliberativo. Esse quadro foi alterado a partir da referida lei que determinou a participação da comunidade e dos trabalhadores e estabeleceu em quatro anos a periodicidade das conferências de saúde, com o objetivo de avaliar a situação da saúde e propor diretrizes para a formulação da política nos níveis correspondentes (Carvalho et al., 2001b; Mercadante, 2002).

Enquanto os conselhos de saúde têm a função de formular estratégias e controlar a execução das políticas, as conferências surgem como uma das arenas nas quais a participação social se antecipa à formulação de políticas, pois se volta para desenhar os princípios, diretrizes e pressupostos que devem orientar todo o processo de formulação de políticas de saúde no período seguinte (Guizardi et al., 2004, p. 16).

Dessa maneira, as conferências são momentos de consulta ampliada à sociedade, nos quais são levantadas questões e para as quais se procura propor soluções.

A partir da institucionalização do SUS e de sua regulamentação a partir das leis orgânicas apresentadas, sua implantação e seu desempenho vêm sendo acompanhados e avaliados, visando à melhoria na assistência prestada e principalmente na gestão e financiamento do SUS, aspectos que afetam diretamente a qualidade da assistência prestada.

Deste modo, algumas Normas Operacionais Básicas (NOBs) foram editadas visando operacionalizar as leis e orientar estrategicamente o processo de instituição do SUS.

Nesse sentido, a NOB nº 01/91 estipulou os requisitos legais para transferência dos recursos de financiamento do SUS entre as esferas do governo. Entretanto, essa norma, priorizando o pagamento aos Estados e municípios por prestação de serviços, acabou por romper com a idéia central do SUS de redefinir a lógica de transferência de recursos, além de não contemplar na lista de serviços prestados, gastos com prevenção e promoção da saúde.

Apesar disso, a NOB nº 01/91 foi importante, pois operacionalizou a legislação que estabeleceu que para que um governo recebesse os repasses financeiros federais, teria que ter o Conselho de Saúde funcionando e instituído o Fundo Estadual/Municipal de Saúde, que é uma conta específica para receber todas as verbas da área da saúde, facilitando seu controle e fiscalização (Brasil, 2006c; Carvalho et al., 2001a; Carvalho et al., 2001b).

Um pouco mais tarde, a Lei nº 8.211/1991, que dispôs sobre as diretrizes orçamentárias para o exercício de 1992, fez a vinculação de recursos para a saúde, sendo fixados 30%, no mínimo, do Orçamento da Seguridade Social, excluído o seguro-desemprego. Esta lei baseou-se no artigo 195 da Constituição Federal de 1988, que estabeleceu que o financiamento do SUS fosse feito com recursos do orçamento da seguridade social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos municípios, além de outras fontes. Entretanto, para que o percentual previsto na Lei nº 8.211/1991 fosse cumprido, foram incluídos na conta da saúde gastos que não são considerados como de responsabilidade específica do setor, como, por exemplo, assistência médica e odontológica a servidores da União, encargos com inativos e pensionistas do Ministério da Saúde (MS), saneamento básico, merenda escolar, etc. (Brasil, 2009).

Naquele momento, insatisfeitos com as limitações na implementação do SUS, lideranças do Movimento da Reforma Sanitária demandavam a realização da IX Conferência Nacional

de Saúde, que foi realizada em agosto de 1992 com o tema: “Municipalização da Saúde, condição indispensável para a efetiva implantação do SUS”.

A partir das discussões realizadas na conferência, foi elaborada, então, a Norma Operacional Básica nº 01/93 (NOB 01/93), fundamentada no texto constitucional, nas leis que regulamentam o SUS (Lei n.º 8.080 a Lei n.º 8.142) e no documento *Descentralização das Ações e Serviços de Saúde: A Ousadia de Cumprir a Lei*, aprovado pelo Conselho Nacional de Saúde, em 15 de abril de 1993. Assim, estabeleceu-se um processo flexível, gradual e negociado de descentralização, respeitando as condições técnico-operacionais dos municípios.

Visando operacionalizar a descentralização, a NOB 01/93 constituiu as Comissões Intergestores (podendo ser Bipartite, envolvendo os representantes estaduais e municipais de saúde ou Tripartite, envolvendo representantes das três esferas de governo), como instâncias voltadas à negociação, pactuação, articulação e integração entre gestores. Somada a isso, nesse mesmo ano, houve a extinção do INAMPS, por meio da Lei nº 8.689 de 1993, outra medida que visava facilitar a descentralização (Carvalho et al., 2001a).

A NOB-93 preconizou também mais algumas funções para o Conselho Municipal de Saúde, acrescentando as já definidas na lei de sua criação, as funções de

deliberar sobre o Plano Municipal de Saúde, fiscalizar a gestão do Fundo Municipal de Saúde, aprovar critérios de programação ambulatorial e hospitalar, aprovar a programação físico-orçamentária e aprovar o pleito de enquadramento dos municípios à condição de gestão definida pelo SUS (Carvalho et al., 2001b, p. 101-102).

Deste modo, a NOB 01/93 propiciou alguns avanços à descentralização dos serviços de saúde no país, mas desvinculando os recursos da saúde dos recursos do Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS), que era sua principal fonte de financiamento, acarretou uma grave crise de financiamento do SUS. Além disso, mesmo com a NOB 01/93, três quartos dos

recursos federais ainda eram repassados aos Estados e municípios mediante produção de serviços, igualando Estados e municípios aos prestadores de serviço privados (Brasil, 2009).

Visando superar a transferência de recursos por prestação de serviços, foi elaborada, então, a proposta de uma nova Norma Operacional Básica, a NOB 01/96. Esta preconizava a transferência de recursos regular e automática, fundo a fundo, possibilitando maior autonomia para Estados e municípios na gestão descentralizada, além de incentivos financeiros para a mudança nos modelos de atenção, bem como avaliação de resultados (Carvalho et al., 2001a; Mercadante, 2002).

Contemporaneamente à elaboração da NOB 01/96 ocorreu a X Conferência Nacional de Saúde que teve como temática central a importância da construção de um novo modelo de atenção à saúde para promover a qualidade de vida (Brasil, 2008b).

A partir da NOB 01/96 e das deliberações da X Conferência Nacional de Saúde, foi estabelecido o Piso da Atenção Básica (PAB), através da Portaria GM/MS n.º 1.882, de 18 de dezembro de 1997, com a proposta de prover incentivos financeiros para mudança nos modelos de atenção. Com essa determinação, ao invés dos repasses serem realizados mediante a comprovação de faturas, eles passaram a ser determinados com antecedência, transferidos fundo a fundo, a partir de um valor mínimo de R\$ 10,00 por habitante. Esse piso possibilitou o desenvolvimento do Programa de Saúde da família (PSF), criado em 1994 (Brasil, 2008b).

Apesar de sua relevância, a NOB 01/96 só foi implantada em 1998, após a criação da Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira (CPMF), em 1997, que viabilizou os recursos adicionais necessários para sua implantação, tornados escassos desde a desvinculação dos recursos da saúde do INSS (Carvalho et al., 2001a).

Com isso, ao final do ano 2000, a habilitação de Estados e municípios nas condições estipuladas pela NOB 01/96 abarcava 99% dos municípios. Apesar disso, após um período de experiência, verificaram-se algumas limitações causadas pela determinação do valor fixo para

o PAB, o que levou o governo a dividir o PAB em dois componentes: o PAB fixo, que manteria o valor *per capita* nacional, e o PAB variável, que seria destinado aos municípios na medida em que estes aderissem à oferta de serviços preconizados nos programas prioritários da iniciativa federal, tais como o Programa de Agentes Comunitários de Saúde e o Programa de Combate às Carências Nutricionais (Brasil, 2006c; Carvalho et al., 2001a; Mercadante, 2002).

Mesmo com essas mudanças, alguns problemas de inter-relação de sistemas municipais e estaduais persistiam em decorrência da variação na abrangência do município (alguns pequenos demais para sustentarem um sistema funcional completo e outros muito grandes, necessitando de mais de um sistema na sua área de abrangência), o que foi discutido na XI Conferência Nacional de Saúde que teve como tema “Efetivando o SUS: Acesso, Qualidade e Humanização na Atenção à Saúde, com Controle Social”, realizada em 2000. Persistia também o problema do financiamento, apesar de várias tentativas de vinculação de recursos para a saúde desde 1993.

Somente no ano 2000, após intensas negociações, foi aprovada e promulgada a Emenda Constitucional nº 29 (EC nº 29) que determinou a vinculação dos recursos para a saúde e estabeleceu a base de cálculo e os percentuais mínimos de recursos orçamentários que a União, os Estados, o Distrito Federal e os municípios seriam obrigados a aplicar em ações e serviços públicos de saúde. Ficaram definidos no artigo 77 do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias (ADCT), acrescentado quando da promulgação da EC nº 29, os percentuais mínimos de 12% e 15% da arrecadação de impostos, respectivamente, para estados e municípios (Brasil, 2009; Carvalho et al., 2001a).

Apesar de aprovada, a EC nº 29 ainda precisa de regulamentação que garanta a vinculação do montante a ser aplicado pela União, além de especificar o que são considerados

gastos com a saúde, excluindo da receita gastos com servidores públicos e com merenda escolar, por exemplo.

Para enfrentar os problemas com a gestão, foram propostas então as Normas Operacionais de Assistência à Saúde (NOAS-SUS 01/2001 e 01/2002) que traziam propostas para melhorar a regionalização e organização da assistência mediante critérios sanitários, epidemiológicos, geográficos, sociais e de acessibilidade, além de ampliar a responsabilidade dos municípios na atenção básica, fortalecer a capacidade de gestão do SUS e a revisão dos critérios de habilitação de Estados e municípios. Para fortalecer a regionalização e a capacidade de gestão municipal do SUS, o PAB fixo foi ampliado, passando a cobrir também o primeiro nível da média complexidade ambulatorial, com base em um valor *per capita* nacional. Assim, a lógica de financiamento anterior, baseada na oferta pré-existente de serviços, foi ampliada, incluindo, de certo modo, a demanda espontânea da população (Brasil, 2006c; Carvalho et al., 2001a; Mercadante, 2002).

Em 2003, foi realizada a XII Conferência Nacional de Saúde, antecipada em um ano pelo Ministério da Saúde, para que fossem levantadas as mudanças necessárias ao sistema para que estas fossem incluídas no Plano Nacional de Saúde do governo Lula². Teve como tema “Saúde: um direito de todos e um dever do Estado – a saúde que temos, o SUS que queremos” (Brasil, 2008b).

Nesse mesmo ano, visando fortalecer o exercício do controle social, o Conselho Nacional de Saúde elaborou e aprovou, em novembro de 2003, a Resolução nº 333, que substituiu a Resolução nº 33 de 1992. A Resolução nº 333 reafirmou a constituição paritária dos conselhos, bem como estabeleceu que entidades poderiam ser representadas dentro de cada seguimento; reafirmou a constituição dos conselhos como instâncias privilegiadas na

² Em cada esfera de governo é traçado um Plano Nacional, Estadual ou Municipal de saúde, chamado Plano Plurianual (PPA), com diretrizes para quatro anos. Cada novo governo, em seu primeiro ano de mandato, deve cumprir o último ano de vigência do plano plurianual do governo anterior bem como planejar o seu plano que começa a vigorar no segundo ano de seu mandato. Assim, se evita que haja interrupção das políticas de saúde nas trocas de governantes em virtude das eleições.

proposição, discussão, acompanhamento, deliberação, avaliação e fiscalização do desenvolvimento das políticas de saúde, inclusive nos seus aspectos financeiros, sendo função do conselho deliberar sobre o Plano Plurianual (PPA), a Lei de Diretrizes Orçamentárias(LDO); a Lei Orçamentária Anual (LOA); Plano Municipal de Saúde (PMS) Programação Anual de Saúde; bem como discutir e aprovar os Relatórios de Gestão, que devem passar a cada 3 meses pela plenária do Conselho; determinou a ampliação os conselhos de saúde, passando a incluir os Conselhos Regionais, Conselhos Locais e Conselhos Distritais de Saúde, incluindo os Conselhos Distritais Sanitários Indígenas, sob a coordenação dos Conselhos de Saúde da esfera correspondente; determinou o funcionamento autônomo dos Conselhos, sendo garantido pelo Governo dotação orçamentária, Secretaria Executiva e estrutura administrativa para isso; dentre outras deliberações (Brasil, 2006c).

No ano de 2004, foi instituída a Política Nacional de Humanização no SUS (HumanizaSUS), em resposta às discussões que vinham sendo realizadas com relação à necessidade de humanização na atenção à saúde. Essa política visa reestruturar a prestação e gestão de serviços de saúde, com foco na pessoa usuária dos serviços, ressaltando a integralidade dos serviços como o atendimento integral da pessoa, nos seus aspectos físico e psicossociais.

Além disso, visando dar encaminhamentos aos problemas e soluções discutidos na XII Conferência Nacional de Saúde, foi definido, em 2006, o Pacto pela Saúde, na reunião da Comissão Intergestores Tripartite e aprovado na reunião do Conselho Nacional de Saúde, no mesmo ano. A implementação desse pacto nas suas três dimensões – Pacto pela Vida, Pacto de Gestão e Pacto em Defesa do SUS – efetiva acordos entre as três esferas de gestão do SUS para a reforma de aspectos institucionais vigentes, visando alcançar maior efetividade, eficiência e qualidade nas ações.

Esse pacto, instituído e aprovado pela Portaria nº 399/GM de 22 de fevereiro de 2006, e regulamentado pela Portaria nº 699/GM, de 30 de março de 2006, vem substituir e aprimorar algumas deliberações previstas nas NOAS e pode ser considerado um novo marco no processo de institucionalização do SUS, dada a sua relevância em termos de atendimento das demandas que há muito vinham sendo reivindicadas.

O Pacto pela Vida trata do compromisso entre os gestores do SUS em torno de prioridades que apresentam impacto sobre a situação de saúde da população brasileira. Naquele momento, foram pactuadas seis prioridades: a) saúde do idoso; b) controle do câncer de colo de útero e de mama; c) redução da mortalidade infantil e materna; d) fortalecimento da capacidade de resposta às doenças emergentes e endemias, com ênfase para dengue, hanseníase, tuberculose, malária e *influenza*; e) promoção da saúde com ênfase na atividade física regular e alimentação saudável; e f) fortalecimento da atenção básica (Brasil, 2006d).

O Pacto em Defesa do SUS visa expressar os compromissos entre os gestores do SUS com a consolidação da Reforma Sanitária Brasileira e na defesa e promoção dos princípios do Sistema Único de Saúde estabelecidos na Constituição Federal, o que significa o compromisso em desenvolver e articular ações, no seu âmbito de competência e em conjunto com os demais gestores, com o objetivo de promover a cidadania, bem como qualificar e assegurar o Sistema Único de Saúde como política pública (Brasil, 2006d).

Finalmente, o Pacto de Gestão estabelece diretrizes para a gestão do sistema no que diz respeito aos aspectos da descentralização, da regionalização, do financiamento, do planejamento, da Programação Pactuada e Integrada (PPI), da regulação, da participação social e da gestão do trabalho e educação em saúde. O pacto de gestão foi um avanço com relação as NOBs e NOAS pois deixa mais claro as responsabilidades sanitárias de cada instância do governo. Além disso, o pacto de gestão valoriza a solidariedade entre os gestores e com a instituição da PPI possibilita a programação de ações pactuadas entre os diferentes

níveis de governo, o que eleva a possibilidade de execução do que foi planejado (Brasil, 2006d).

O Pacto pela Saúde é implementado na medida em que cada município, Estado e a União aderem ao Termo de Compromisso de Gestão firmado entre as esferas de governo. Esse termo, atualizado a cada ano, substitui os processos de habilitação anteriores e estabelece metas e compromissos para cada ente da federação anualmente, além de acompanhar o cumprimento do que foi assumido no ano anterior, com vistas ao total cumprimento do previsto no Pacto.

Tal como estipulado no Pacto em Defesa do SUS, foi publicada, no ano de 2006, a Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde, elaborada pelo Ministério da Saúde, pelo Conselho Nacional de Saúde e pela Comissão Intergestora Tripartite, como um veículo de divulgação e promoção de direitos e cidadania (Brasil, 2007b).

Inserida no aprimoramento do Pacto pela Saúde, foi estipulada a Portaria nº 204/GM de 29 de janeiro de 2007 que regulamenta o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde, na forma de blocos de financiamento. Foram estabelecidos cinco blocos: Atenção Básica; Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar; Vigilância em Saúde; Assistência Farmacêutica; e Gestão do SUS. Além disso, foram estabelecidas as regras para aplicação dos respectivos recursos, tais como o veto à utilização dos recursos dos blocos para pagamento de servidores inativos e a autorização da utilização dos recursos para pagamento de servidores ativos desde que utilizados os recursos de um bloco para fazer o pagamento de um funcionário que realize ações do respectivo bloco. Com isso, o modelo de distribuição dos recursos foi alterado, tornando mais fácil a fiscalização de sua aplicação.

Apesar disso, a Emenda Constitucional nº 29 continua sem regulamentação. Atualmente, dois projetos criados para regulamentar a EC nº 29, tramitam no congresso. Eles estabelecem

as regras para a participação mínima anual das três esferas de governo no financiamento do SUS e definem o que são e o que não podem ser considerados como ações e serviços públicos de saúde.

O Projeto de Lei Complementar nº 1/2003, de autoria do deputado Roberto Gouveia (PT/SP), foi aprovado na Câmara dos Deputados em 2007 e encontra-se atualmente no Senado Federal para tramitação. De acordo com esse projeto, a União passaria a destinar, por ano, em ações e serviços públicos de saúde, valor equivalente ao empenhado no exercício financeiro anterior, acrescido de no mínimo o percentual correspondente à variação nominal do PIB, adicionado nos exercícios de 2008 a 2011 de percentuais da receita da Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira (CPMF). Entretanto, com a não aprovação da continuidade da CPMF em 2008, essa receita não faz mais parte da previsão orçamentária do governo federal (Brasil, 2009).

Já o Projeto de Lei Complementar do Senado nº 121/2007, de autoria do senador Tião Viana (PT-AC), aprovado no Senado Federal, definiu que o montante mínimo a ser aplicado pela União, anualmente, em ações e serviços públicos de saúde seria de, no mínimo, 10% de sua receita corrente bruta, excluídas as restituições tributárias, sendo que essa alocação seria progressiva: 8,5%, em 2008; 9,0%, em 2009; 9,5%, em 2010; e 10%, a partir de 2011.

Com base nesse projeto de lei complementar, o orçamento do Ministério da Saúde passaria a ser de R\$ 75,95 bilhões, isto é, R\$ 21,12 bilhões a mais do que foi alocado na Lei Orçamentária Anual 2009.

Ao ser enviado a Câmara dos Deputados, esse projeto foi objeto de um substitutivo, recebendo nova denominação e número, passando a ser o Projeto de Lei Complementar – PLP 306/2008, devendo por isso retornar ao Senado Federal para nova aprovação.

Se aprovado, o PLP nº 306/2008 fixará que

a União aplicará anualmente em saúde, no mínimo, o montante correspondente ao valor empenhado no exercício financeiro anterior, acrescido de, no mínimo, o percentual correspondente à variação nominal do Produto Interno Bruto (PIB), ocorrida no ano anterior ao da Lei Orçamentária Anual, e do montante total correspondente ao produto da arrecadação da Contribuição Social para a Saúde (CSS), criada por esse PL, calculada sobre a movimentação ou transmissão de valores e de créditos e direitos de natureza financeira, com alíquota de um décimo por cento, não aplicado a DRU (Brasil, 2009, p. 65).

Em dezembro de 2007, ocorreu a XIII Conferência Nacional de Saúde que teve como temática a saúde e a qualidade de vida como políticas de Estado e de desenvolvimento (Brasil, 2008b). Nessa conferência, foram aprovadas propostas que priorizavam ações de prevenção e promoção da saúde, principalmente as intersetoriais; que valorizavam a gestão do trabalho e de equipes multiprofissionais; e que tratavam da necessidade de regulação da relação entre o público e o privado. Além disso, nesta conferência foram aprovadas questões relacionadas com a comunicação, tais como a garantia da criação das comissões de comunicação nos conselhos de saúde; de informação e informática em saúde nos conselhos estaduais e municipais, com o objetivo de subsidiá-los na divulgação de suas atividades; e da convocação da conferência temática. Foram também aprovadas propostas de divulgação de um SUS positivo na mídia e a disseminação e distribuição de produtos informacionais em saúde, visando à equidade de acesso às informações (Brasil, 2008a).

Até aqui buscamos apresentar as regulamentações e resoluções do SUS, ressaltando a influência que as deliberações das conferências de saúde, bem como do Conselho Nacional de Saúde exercem na formatação dessas regulamentações. Podemos destacar a melhoria no financiamento e na gestão do SUS como aspectos essenciais para a efetiva implementação do sistema e que têm estado na agenda política como demandas desde sua instituição.

Em seguida, abordaremos as discussões mais recentes sobre o sistema, que consideram os avanços e desafios do SUS aos 20 anos de instituição.

1.3- SUS 20 anos: Desafios e Perspectivas

Em 2008, quando foram totalizados 20 anos de institucionalização do SUS, vários autores se dedicaram a avaliar seus desafios e avanços (Bahia, 2009; Marques, 2009; Paim, 2009; Santos, 2008, 2009; Silva, 2009).

Assim, ressaltam como o primeiro grande feito do SUS a universalidade de acesso, já que ampliou o atendimento, antes restrito a 30 milhões de pessoas que tinham carteira de trabalho assinada, para 145 milhões de pessoas que têm no SUS o seu único meio para cuidado a saúde. Os autores destacam ainda avanços em termos da atenção primária, a partir do estabelecimento de 28 mil equipes de saúde da família, ocorrido até 2008; a realização, pelo SUS, do controle da AIDS mais avançado entre os países de terceiro mundo, com distribuição de medicamentos para todos os pacientes soropositivos; o maior número de transplantes de órgãos realizados em serviços públicos; a vigilância sanitária de produtos e serviços que beneficiam toda a população; e o Programa Nacional de Imunizações – PNI, com 130 milhões de vacinas por ano. Deste modo, o SUS é considerado por esses autores o maior programa de atendimento médico-social do mundo (Brasil, 2008b; Santos, 2008, 2009; Silva, 2009).

Os estudiosos afirmam que esses avanços são consideráveis e dignos de comemoração. Entretanto, ressaltam que não significam que as demandas assistenciais estão todas sanadas e nem que a mudança no modelo assistencial já se cumpriu. Analisando os desafios e problemas do SUS, os autores apontam como principais desafios a implementação de uma atenção básica de qualidade, que realmente se efetive como porta de entrada preferencial dos serviços; o congestionamento dos serviços de média e alta complexidade; o pouco avanço das diretrizes de integralidade e de equidade; e a judicialização do acesso aos procedimentos de média e alta

complexidade pelas camadas média-média e média-alta da sociedade que aprofundam as desigualdades e a fragmentação do sistema (Santos, 2008, 2009; Silva, 2009).

Com isso, segundo eles, o SUS se afirma como um “sistema dos pobres” ou por meio da “universalização excludente”, pois tem incluído as pessoas das classes sociais mais baixas, enquanto os planos privados atraem as pessoas das camadas médias e alta. E essas pessoas usuárias de plano de saúde, fazem uso do SUS como sistema complementar: utilizando-se da vigilância sanitária, das imunizações, transplantes, procedimentos complexos e medicamentos de alto custo (Silva, 2009).

Além disso, e como raiz desses desafios, os autores apontam como principais problemas do SUS os modelos de gestão e o subfinanciamento, que já destacamos anteriormente por serem tópicos que permearam várias deliberações legais relacionadas ao SUS desde sua institucionalização.

Com relação à gestão, ainda são levantados problemas com a descentralização, que apesar de ter significado um avanço em termos democráticos, gerou a pulverização da demanda e dos recursos financeiros. Nesse sentido, ainda não está claro o que é exatamente a responsabilidade de cada esfera, estando o município sobrecarregado, principalmente com relação à contratação de recursos humanos (Brasil, 2009; Silva, 2009).

Nesse sentido, os autores apontam que a descentralização apresenta problemas, principalmente porque reforça a noção de que o município consegue resolver por si só os problemas de seu âmbito geográfico e político e de que os cuidados de atenção primária podem ficar somente a cargo do município, sem a participação do Estado (Brasil, 2009; Silva 2009).

Ainda com relação à gestão, são destacadas as dificuldades encontradas na gerência ou administração direta dos serviços de saúde, que incluem a precarização nas relações de trabalho e dificuldades de contratação e manutenção dos recursos humanos devido à

suspensão dos concursos públicos, rebaixamento dos salários e desvalorização das carreiras; dificuldades na reposição de insumos e de manutenção dos equipamentos de saúde e problemas de financiamento devido ao pagamento por produção de serviços e baixo valor da tabela SUS (Brasil, 2009; Santos, 2008, 2009)

Isso tem feito com que muitos gestores optem pela administração por meio de Organizações sociais (OS), Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (Oscip) e Consórcios Públicos, que baseados em contratos de gestão, podem administrar sem terem que obedecer a algumas normas burocráticas que visam o controle e fiscalização das ações dos gestores, tais como licitações e concursos públicos (Brasil, 2009).

Todas essas questões nos levam inevitavelmente ao outro principal problema do SUS, que é o subfinanciamento. Com relação a esse tópico, os autores apontam ser urgente a aprovação da regulamentação da Emenda Constitucional nº 29, que, como já foi explicada anteriormente, elevaria em R\$ 21,12 bilhões o orçamento do Ministério da Saúde, com relação ao que foi alocado na Lei Orçamentária Anual 2009. Nos últimos anos, o gasto público com saúde no Brasil tem girado em torno de 3,5 % do PIB, sendo que em países com sistemas de saúde universal consolidados (tais como França, Alemanha e Bélgica) o gasto público com saúde ultrapassa 6% do PIB (Brasil, 2009; Silva, 2009).

Os autores ressaltam ainda que, além de ser necessário o melhor financiamento para efetiva implantação dos serviços já existentes, a incorporação de novas tecnologias na saúde encarece o sistema cada vez mais. Isso porque, ao contrário do que ocorre em outros setores, na área da saúde a incorporação de novas tecnologias não diminui os gastos com recursos humanos e nem substitui outra tecnologia mais antiga (Brasil, 2009; Santos, 2009).

Concluindo, aos 20 anos do SUS, os estudiosos apontam que seu futuro e a real implementação de seus princípios constitucionais dependem da elevação significativa do seu financiamento, bem como da inovação no modelo de gestão vigente, aspectos que seriam

facilitados a partir da comunicação e divulgação dos propósitos e diretrizes do SUS, no sentido de valorizá-lo e convidar a sociedade a se sentir responsável e beneficiada pelo Sistema (Brasil, 2008b, 2009; Santos, 2008).

Nesse sentido, em 2009, o Conselho Nacional de Saúde (CNS), em parceria com o Ministério da Saúde, por meio da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (SGEP), os Conselhos Estaduais de Saúde, o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS) e os Movimentos Sociais, lançou a Caravana em Defesa do SUS, com o tema “Todos em Defesa do SUS”.

A proposta da Caravana estava ligada à Campanha do SUS como Patrimônio Social, Cultural e Imaterial da Humanidade. A idéia foi percorrer todos os Estados brasileiros divulgando o SUS e discutindo os avanços e problemas do Sistema para a construção de um documento com algumas propostas, que foi apresentado no Encontro Nacional em Brasília, em dezembro de 2009 e entregue ao vice-presidente da república.

O documento trouxe as seguintes propostas: regulamentação da Emenda Constitucional nº 29; criação de uma carreira única para o setor saúde; instituição do serviço civil em saúde, estabelecendo que profissionais recém graduados em universidades públicas ou privadas trabalhassem por determinado período no SUS; autonomia administrativa e financeira dos serviços SUS; profissionalização da administração e gestão do SUS; flexibilização da lei de responsabilidade fiscal no que diz respeito à contratação de profissionais para a área de saúde; e instituição da lei de responsabilidade sanitária com aplicação de penalidades administrativas.

A partir desse percurso histórico e dessas análises do SUS em 20 anos de institucionalização, é interessante observar que durante todo o processo de regulamentações do qual tratamos aqui, desde as leis 8.080 e 8.142, passando pelas NOBs e NOAS e mais

tarde com o Pacto pela Saúde e a EC nº 29, o que se busca é exatamente resolver problemas com a gestão e/ou com o financiamento do SUS.

Acreditamos que todas essas tentativas de resolução e a persistência dos problemas nos mostram o quanto é complexa a tarefa de efetivação de um sistema universal de saúde, garantindo saúde a todos, abarcando a promoção, o cuidado e a recuperação da saúde, e que acompanhe as mudanças sociais, econômicas e demográficas de uma sociedade.

Como pudemos ver, nesse processo, o que se pensa como solução para determinado aspecto em determinado momento, com o correr da história se mostra insuficiente ou equivocado. Assim, esses aspectos continuam sendo grandes desafios, tal como observado pelos estudiosos apresentados.

Nosso propósito com este capítulo, tal como já foi explicitado, foi abordar de forma panorâmica as proposições do SUS desde sua institucionalização até o período atual, com o objetivo de desenhar um cenário onde se insere a pesquisa aqui apresentada. Então, considerando o foco do trabalho, passaremos, no capítulo seguinte, a examinar mais especificamente a importância da comunicação em saúde para efetivação do SUS, apresentação que facilitará a compreensão dos objetivos e das análises dessa pesquisa.

2

A IMPORTÂNCIA DA COMUNICAÇÃO PARA A EFETIVAÇÃO DO SUS

A comunicação e as políticas públicas têm uma relação intrínseca, pois as políticas públicas se constituem efetivamente na medida em que saem do papel e são incorporadas no viver das pessoas para as quais se destinam, processo muito determinado pela qualidade da comunicação e disseminação informativa dessas políticas.

Nesse sentido, considerando o visto no capítulo anterior, podemos entender que apenas a regulamentação legal não foi suficiente para a efetivação do SUS que, a partir de vários ângulos, é vista como estando ligada à produção e divulgação de informações em saúde, habilitando os diversos atores sociais a participarem do SUS, viabilizando sua efetivação.

Assim, a comunicação em saúde, abarcando desde o processo de elaboração de informações técnicas, até a divulgação do SUS nas diferentes mídias, se torna um aspecto fundamental para o controle social.

Visando discutir essas questões, abordaremos nesse capítulo, a comunicação em saúde em interface com os desafios encontrados no SUS, de modo que a comunicação se constitui como fundamental para a efetivação deste sistema.

Araújo e Cardoso (2007) apontam que, atualmente, o direito à informação, à educação e à comunicação é visto como indissociável do direito à saúde. Entretanto, isso não foi sempre assim, já que o campo da comunicação em saúde foi melhor reconhecido a partir da década de 1990.

De acordo com as autoras, a relação comunicação, informação e educação foi historicamente articulada no setor saúde a partir de 1920 quando foi criado o Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP), que incluiu a propaganda e a educação sanitária como

estratégia para combater epidemias, disseminando informações sobre doenças e medidas higiênicas.

Nos anos 40 ocorreu, então, a consolidação do papel da educação e da comunicação na saúde, articulando-se com as políticas públicas do setor, quando houve a criação por Getúlio Vargas do Serviço Nacional de Educação Sanitária (SNES), com o objetivo de divulgar informações sobre doenças e medidas de prevenção, utilizando-se de materiais educativos distribuídos nos serviços e veiculados nos meios de comunicação. Neste período, portanto, a comunicação em saúde voltava-se a informar a população sobre maneiras de prevenir e controlar doenças, ao estilo do sanitarismo campanhista, não sendo valorizada, ainda, uma comunicação em saúde para o conhecimento do sistema de saúde e exercício de direitos.

Essa relação entre informação e saúde foi sendo pensada e discutida no decorrer dos anos e na VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS), realizada em 1986, quando a saúde foi declarada como um direito fundamental, o direito à informação, educação e comunicação foi vinculado ao direito à saúde. Na IX CNS, realizada em 1992, com dois anos de atraso, devido aos sucessivos adiamentos feitos pelo governo Collor, a comunicação, informação e educação foram discutidas como estratégia para ampliar o exercício do controle social (Araújo & Cardoso, 2007).

Assim, a comunicação e informação em saúde estão ligadas a três âmbitos: à divulgação de informações sobre cuidado a saúde para a população; à produção e melhor divulgação de informações sobre a saúde da população entre as instâncias do SUS, tendo a informatização em seu núcleo; e à importância da informação para habilitar o cidadão no exercício de seus direitos e do controle social.

Este tema continuou, então, ganhando cada vez mais destaque nas discussões das conferências de saúde, até que na XII CNS, realizada em 2003, este tema foi discutido em um eixo próprio, intitulado “Comunicação e informação em saúde”. Neste eixo, foi discutida a

necessidade do Conselho Nacional de Saúde definir estratégias para elaboração e implementação de políticas articuladas de comunicação e informação em saúde, com o intuito de dar maior visibilidade às diretrizes do SUS, à política de saúde, às ações e à utilização de recursos, visando ampliar a participação popular e o controle social (Brasil, 2004, 2007a).

Desse modo, o relatório da XII CNS aponta as ações de comunicação e informação em saúde como núcleo dos processos de mudanças institucionais e de efetivação dos princípios do SUS, destacando a importância de se incorporar o saber popular nessas produções. Para isso, previu, em termos gerais: (1) fomentar a divulgação da legislação do SUS e do controle social, em linguagem acessível, destacando notícias sobre distribuição dos recursos, sobre práticas exitosas, sobre as ações e deliberações dos conselhos locais, regionais e nacional, bem como das conferências de saúde, e sobre a situação epidemiológica de cada região; para isso, devem ser utilizados canais especiais do SUS, rádios comunitárias e a mídia convencional escrita (revistas e jornais), falada (rádios) e televisionada, sendo dever do Ministério da Comunicação assegurar espaço gratuito nos meios de comunicação públicos e privados para esse fim; (2) realizar até 2005 a primeira Conferência Nacional de Informação, Comunicação e Educação Popular em Saúde, destacando esse ano como o ano nacional do SUS, contando com máxima cobertura em todos os meios de comunicação; (3) criação do prêmio de jornalismo Sérgio Arouca para premiar comunicadores que produzirem notícias e reportagens sobre o SUS e o controle social; (4) criação de uma comissão responsável por comunicação e informação dentro de cada conselho; (5) educação permanente para conselheiros e para a população em geral, com inserção da temática do controle social no ensino fundamental e produção de folhetos, cartazes e informativos que orientem a população; (6) informatização total dos processos que sustentam o funcionamento do SUS, propiciando rapidez e eficácia no atendimento da população, bem como melhor e mais rápida fiscalização da aplicação de recursos e acesso da população a todas essas informações (Brasil, 2004).

Nesse sentido, houve um consenso na proposta de que as informações sobre direitos e deveres, sobre princípios e diretrizes do SUS, bem como sobre as ações efetivadas pelo Ministério da Saúde e pelos Conselhos, devem ser amplamente divulgadas aos representantes membros dos Conselhos regionais e locais de saúde na mesma medida que a sociedade em geral, para que se propicie cada vez mais a descentralização das informações e a participação da sociedade (Brasil, 2007a).

Ao longo dessas discussões e deliberações ocorridas desde a instituição do SUS foram criados alguns veículos e estratégias para melhorar a comunicação. Uma delas, muito importante, pois melhorou significativamente o processo comunicacional entre as esferas do SUS, foi a criação do Departamento de Informática do SUS, o DATASUS, em 1991, órgão que está atualmente vinculado à Secretaria Executiva do Ministério da Saúde (Brasil, 2002).

O DATASUS foi criado com o objetivo de informatizar as atividades do Sistema Único de Saúde (SUS), possibilitando a descentralização das atividades de saúde, mas viabilizando a integração das informações relativas a essas atividades, facilitando o planejamento da gestão, bem como as ações de controle social.

Assim, inicialmente, os serviços do DATASUS consistiam em sistemas de faturamento e controle de materiais, tanto ambulatorial quanto hospitalar, e em sistemas de acompanhamento de “Nascidos Vivos” – SINASC –, “Agravos de Notificação” – SINAN – e de “Mortalidade” – SIM. No começo de 1992, surgiram, então, as primeiras versões de sistemas voltados à gestão local de Unidades de Saúde. Este departamento vem se desenvolvendo desde então, sendo hoje responsável por toda temática relativa à informatização em saúde no SUS (Brasil, 2002).

Analisando a situação dos Sistemas de Informação de Saúde no Brasil, percebe-se que tem havido um relativo sucesso em coletar, organizar e divulgar as informações de saúde no Brasil. Contudo, é premente ainda a necessidade em avançar, tanto no sentido de melhorar a

integração entre os sistemas de informação, quanto no uso da informática para fomentar a produtividade e qualidade dos processos de trabalho em saúde, bem como da gestão e do controle social (Brasil, 2002).

A partir dessas premissas, em 2003, vinculado ao DATASUS, foi iniciado o processo de construção de uma Política de Informação e Informática em Saúde do SUS - PNIIS, buscando sistematizar diretrizes políticas para a área de Informação e Informática no SUS, que propiciassem a democratização e a qualidade da comunicação e informação em saúde.

Como resultados dessa Política, estão sendo implantados o Cartão Nacional de Saúde, que identifica univocamente os usuários, permitindo o registro eletrônico da saúde; e o uso de protocolos clínicos e programáticos, alertas, notificações, sistemas de apoio à decisão diagnóstica e consulta assistida à distância (TeleSaúde). Além disso, foram implementados o Cadastro Nacional dos Conselhos de Saúde, com informações dos conselhos municipais e estaduais do país; o “Fique atento”, que é um espaço de divulgação de informações e discussão sobre algumas temáticas que tenham impacto na saúde da população, a ser divulgado no jornal do Conselho Nacional de Saúde e outros meios; e a Biblioteca Virtual de Saúde do Ministério da Saúde (BVS), que disponibiliza artigos científicos, relatórios de conferências e outros documentos do Ministério da Saúde *on line* e gratuitamente.

Além disso, em 2003, foi criada a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SEGTES), estando a ela vinculados os departamentos de Gestão da Educação na Saúde (DEGES) e Gestão e Regulação do Trabalho em Saúde (DEGERTS), sendo a educação permanente em saúde o núcleo central da estratégia para o desenvolvimento do SUS, como dispositivo agenciador de mudanças, não somente do processo de formação, mas na gestão, atenção e no exercício do controle social (Pedrosa, 2006).

Foi realizado também, no ano de 2005, o Seminário Nacional de Comunicação, Informação e Informática em Saúde, como culminância dos seminários regionais sobre a

mesma temática realizados pelo país, com o intuito de elaborar propostas de como divulgar o que é relevante para a saúde, havendo a discussão sobre o que seria informação relevante em saúde e sobre quais estratégias adotar para essa divulgação (Brasil, 2006b).

No sentido do fomentar a produção de material jornalístico em consonância com as propostas da XII Conferência Nacional de Saúde, no ano de 2006, o Ministério da Saúde lançou uma cartilha destinada a jornalistas e profissionais da comunicação responsáveis por cobrir temáticas relacionadas à saúde pública brasileira, intitulada “Entendendo o SUS”. Esta cartilha teve o intuito de esclarecer esses profissionais sobre o papel de cada ator dentro do Sistema e sobre a destinação dos recursos públicos e a execução das políticas de saúde, ressaltando que informar a população sobre seus direitos e sobre o funcionamento do SUS é uma tarefa indispensável dos jornalistas e profissionais da comunicação (Brasil, 2006a).

Na XIII CNS, realizada em 2007, foi reafirmado o dever do Ministério da Saúde, secretarias estaduais e municipais de saúde e conselhos de saúde de divulgar, nos principais meios de comunicação e de forma permanente, as diretrizes e políticas do SUS e os direitos dos usuários, bem como as resoluções dos conselhos e os relatórios das CNSs, considerando para isso a atuação das três esferas de governo e a utilização dos diferentes meios, tais como televisão, rádios, jornais e revistas; foi afirmada também a importância de se fomentar a divulgação dos feitos exitosos do SUS, visando à construção de uma imagem positiva do SUS na mídia, destacando-o como patrimônio público; além disso, reafirmou-se a importância de se investir cada vez mais no aprimoramento dos sistemas de informação e informática em saúde (Brasil, 2008a).

Deste modo, a temática da comunicação em saúde tem primordial importância tanto para os gestores do SUS, que encontram no desenvolvimento da comunicação em saúde a oportunidade de articular os dados epidemiológicos e de atendimentos, de modo a aprimorar os serviços oferecidos e incrementar o Sistema com os serviços detectados como necessários.

É também importante para os trabalhadores que têm na comunicação a possibilidade de melhoria dos processos de trabalho, no caminho da eficiência e eficácia. Para os usuários, a comunicação assume o grande núcleo gerador de mudanças, pois além das melhorias acarretadas aos gestores e trabalhadores de saúde, que afetam a qualidade do atendimento recebido pelo usuário, este encontra na comunicação a possibilidade de participação ativa no sistema de saúde. A partir da comunicação em saúde, o usuário pode ser habilitado com informações que o permitam entender o SUS, reconhecer seus direitos e deveres e atuar no sentido de reivindicar e/ou construir as melhorias possíveis no Sistema.

Nesse sentido, a comunicação em saúde se torna extremamente importante para a efetivação dos princípios do SUS e por isso tem ganhado visibilidade nos últimos anos, sendo considerada estratégia fundamental para produção e implementação da Política Nacional de Saúde (Brasil, 2006b).

Nesse meandro temos um processo complexo em que o exercício do controle social é tido como necessário para a construção do SUS, mas por sua vez, o pleno exercício deste está fundamentado na construção de políticas e medidas de comunicação que consolidem essa participação. Assim, temos duas tarefas dependentes uma da outra, a efetivação do SUS e a participação via controle social, para as quais a informação e a comunicação em saúde são tidas como principais meios para realização.

Considerando essas questões e reflexões, se torna importante examinarmos alguns estudos que abordam e avaliam o controle social em saúde no Brasil, para entendermos a importância que a comunicação em saúde tem para efetivação dessa diretriz, tarefa que faremos a seguir.

2.1 – O Controle Social e a comunicação em saúde

Considerando a intensa mobilização social ocorrida para a elaboração da política do SUS e a importância que a promoção da democracia tinha nas pautas decisórias naquele período no país, o controle social foi estabelecido na Constituição Federal como diretriz essencial dos serviços públicos de saúde, no Art. 198 da CF/1988, sendo depois regulamentado com a Lei Federal 8.142/1990, como já apresentado no capítulo 1.

Assim, foram criados dois espaços permanentes de manifestação e participação da comunidade: as conferências e os conselhos de saúde, abrindo o caminho legal para se configurar uma nova forma de relacionamento entre Estado e sociedade, caracterizada pelo exercício da cidadania (Guizardi et al., 2004; Mendes, 1996; Silva, Cruz e Melo, 2007).

Nessa perspectiva, o controle social significa a participação da comunidade no controle do Estado. Todavia, no início do século XX, no contexto do sanitarismo campanhista, o termo “controle social” significava exatamente o oposto do que significa hoje, se remetendo às ações do Estado para controle e saneamento da sociedade (Oliveira, 2006; Silva et al., 2007). Devido a esse histórico antidemocrático do termo controle social, o termo controle público é preferido por autores como Oliveira (2006).

Assim, a partir de um percurso de significações e transformações políticas, o controle social adquiriu sentido e legitimidade no âmbito do SUS. Os conselhos de saúde, organizados nas três esferas de governo, atuam na formulação de estratégias e no controle da execução das políticas de saúde e podem adotar três tipos de decisão: uma decisão diligencial, quando o objetivo é averiguar alguma questão, buscando pareceres ou informações; uma decisão recomendativa, quando aprova a recomendação de determinada ação a alguns órgãos da saúde; ou uma decisão normativa, quando tem por objetivo gerar alguma mudança nos serviços de saúde. No caso da decisão normativa, para que ela seja colocada em prática, é

necessário que seja homologada pelo secretário de saúde da esfera de governo correspondente. Hoje existem mais de cinco mil conselhos de saúde funcionando no Brasil.

Já as conferências de saúde são grandes reuniões, realizadas a cada quatro anos, para discussão e formulação de diretrizes, também organizadas nos âmbitos municipal, estadual e nacional. Assim, se configuram em momentos de consulta ampla a sociedade para a detecção de problemas e proposição de soluções.

Apesar do inegável aumento na possibilidade de participação da população na gestão e controle do SUS, a partir desses dois espaços, alguns autores apontam que ainda não foi possível garantir seu funcionamento efetivo, existindo ainda dificuldades e fragilidades na efetivação desse direito pela população (Carvalho et al., 2001b; Goulart, 2010; Oliveira, 2006; Stoz, 2006; van Stralen et al., 2006).

De modo geral, os autores apontam quatro aspectos do processo do controle social que limitam seu desenvolvimento tal como planejado. São eles: a transformação dos conselhos em órgãos meramente consultivos; a dificuldade de autonomia dos conselhos com relação ao poder executivo; a dificuldade dos conselhos de representarem as reais aspirações da sociedade, devido a sua constituição por diversos atores; e a dificuldade dos conselheiros de terem acesso às informações em saúde (Carvalho et al., 2001b; Goulart, 2010; Stotz, 2006).

Um dos problemas sérios, apontam estes autores, e que se configura em uma limitação à autonomia dos conselhos, diz respeito ao poder deliberativo tanto dos conselhos quanto das conferências, que sendo dependentes da homologação do poder executivo, não se configuram exatamente em um poder deliberativo. Sobre a autonomia, inclusive, os autores refletem que há um problema conceitual, pois, primeiramente, o Conselho é vinculado ao poder executivo e, portanto, não pode ser autônomo. Além disso, ressaltam que, devido ao despreparo dos conselheiros, de modo geral, a autonomia, mesmo que efetiva, não seria uma vantagem, pois

acarretaria a tomada de decisões não fundamentadas nas leis e reais possibilidades orçamentárias.

Deste modo, os Conselhos, em sua maioria, não conseguiram cumprir a função de formular estratégias e controlar a execução da política de saúde, se configurando em órgãos consultivos, conseguindo cumprir apenas com a tarefa de fiscalização, ainda assim, priorizando as demandas por atendimento da população e sem conseguir fiscalizar as despesas (Carvalho et al., 2001b; Goulart, 2010; Oliveira, 2006; Stotz, 2006; van Stralen et al.2006).

A dificuldade dos conselheiros de representarem adequadamente o grupo que representam se deve, principalmente, às dificuldades de comunicação e negociação entre os diferentes atores presentes no Conselho, considerando que as diferenças sociais encontradas na sociedade, se reproduzem no mesmo. Assim, a diferença de escolaridade, bem como de conhecimentos e capacidade de argumentação e negociação estão presentes e afetam as possibilidades de discussões, tornando as reuniões pautadas não pelo consenso, mas pelos votos e aprovações por maioria. Há também uma tendência ao continuísmo dos mandatos de conselheiros e dos delegados enviados às conferências, o que acarreta um profissionalismo do conselheiro que, se por um lado fica cada vez mais informado e capacitado, por outro, se distancia do grupo que representa e limita a possibilidade do surgimento de outras representações naquele grupo (Carvalho et al. 2001b; Goulart, 2010; Oliveira, 2006; Stotz, 2006).

Os autores apontam também limitações nas conferências de saúde, que não conseguiram se tornar instâncias populares como pretendiam, pois a avaliação da situação da saúde e as diretrizes propostas nas conferências são elaboradas por grupos técnicos do Ministério da Saúde ou por atores institucionais como o Conselho Nacional de Secretarias Estaduais de Saúde (CONASS), Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS) e Associação Brasileira de Pós-graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO), tornando-se apenas

momentos de legitimação do processo de construção do SUS, considerando seus avanços, limites e contradições. Nesse sentido, a paridade é uma regra que gera problemas, afirmam os autores, pois um local onde deveria haver espaço para maior número de opiniões possíveis, acaba sendo marcado pela voz de gestores, trabalhadores e especialistas (Oliveira, 2006; Stotz, 2006; van Stralen et al.2006).

A dificuldade de acesso às informações de saúde, entretanto, tem sido apontada como um dos maiores desafios na implementação do controle social, pois está no cerne de todas as demais dificuldades levantadas, estando diretamente ligada à capacidade dos conselheiros de efetivamente discutir, argumentar, deliberar e planejar as ações em saúde (Carvalho et al. 2001b; Moraes & Vasconcellos, 2005; Stotz, 2006).

Araújo & Cardoso (2007) consideram que a comunicação em saúde e a participação da população têm uma relação ontológica, já que sem a comunicação democratizada e acessível, a participação se torna praticamente impossível.

Todavia, Bahia (2010) ressalta que a participação social no Brasil, mesmo precisando ser aperfeiçoada, traz avanços na medida em que coloca em debate questões, como a liberação do aborto, e que se posiciona contrário ao projeto das Fundações Estatais de Direito Privado, por exemplo, pressões políticas que, por mais que não tenham gerado, ainda, determinações legais, influenciam nas votações do congresso. Nesse sentido, Guizardi et al. (2004) reafirmam a importância das Conferências Nacionais de Saúde, considerando que seus relatórios funcionam como repertórios de argumentos que podem ser utilizados na vivência e na atuação cotidianas nos setores de saúde, se configurando, como afirmam Pitta & Magajewsk (2000) em uma ferramenta de ressonância das necessidades apontadas pela sociedade. Essa é, segundo Goulart (2010), uma contribuição produtiva do controle social: influenciar com foco na práxis da gestão.

Diante das dificuldades, tem-se debatido a necessidade de repensar o modelo de democracia alcançado, ainda vinculado a formas tradicionais de intermediação e negociação de interesses (Pedrosa, 2006; Stotz, 2006). E a maneira apontada pelos debatedores da questão para efetivar essa mudança, vem a ser a melhoria das condições de distribuição de bens econômicos e simbólicos na sociedade. Esta última está ligada à estruturação da comunicação, informação e educação em saúde.

Atualmente, tem crescido bastante a divulgação de pesquisas e de informações sobre doenças, diagnósticos, tratamentos e prevenção, nos meios de comunicação. Isso sinaliza um avanço na disseminação da informação em saúde. Entretanto, ainda há o desafio de tornar essas informações acessíveis a todos os tipos de público, apresentando as informações com uma linguagem adequada aos diferentes grupos, além de apresentar informações relativas à política, funcionamento e financiamento do SUS acessíveis e úteis para o controle social (Silva, et al, 2007).

Nesse sentido, vários veículos e estratégias são importantes para produzir e disseminar as informações sobre saúde, com vistas ao controle social e a efetivação do SUS. E a participação da mídia é considerada de extrema relevância para esse campo, considerando a grande influência que exerce na sociedade atualmente.

Sobre essa influência, Lima (2006) aponta duas correntes de pensamento: (1) uma que considera a mídia como um aparelho ideológico de dominação e assujeitamento, ligada a Adorno e Horkheimer e a Debord; (2) outra que considera que a mídia pode exercer uma participação construtiva numa sociedade de conflitos, devido à sua polissemia inevitável e sua posição enquanto documento de domínio público.

Medrado (1999) descreve a mídia como um lugar privilegiado de produção, divulgação e fortalecimento de sentidos e discursos, sendo uma influência importante na formação das práticas sociais. Em consonância com a segunda corrente de pensamento apontada por Lima,

o autor considera que as produções midiáticas têm o poder de fomentar a reflexão e provocar discussões ativas nos seus espectadores, podendo permitir a eles a construção de versões diversas sobre si e sobre o mundo a sua volta. Isso ocorre porque as pessoas não são passivas com relação à influência da mídia, pois, no esforço de produzir sentidos sobre o material midiático recebido, os espectadores podem dar diversas significações a essas mensagens. Esse é também o entendimento de Thompson (1998), que considera que a significação dos produtos midiáticos pelas pessoas é um processo ativo e complexo, influenciado pela história de significações anteriores do indivíduo, bem como pelo contexto em que estão inseridos tanto o indivíduo espectador quanto o meio midiático.

Mesmo assim, segundo estes autores, é premente o poder das mídias de fazer circular e reforçar certos sentidos, que contribuem para a manutenção ou transformação de práticas sociais. Nesse sentido, Araújo & Cardoso (2007) afirmam: “os meios de comunicação são a principal instância que propicia existência pública, nos dias atuais, aos temas e sujeitos sociais” (p. 90).

A partir disso, alguns autores ressaltam que a mídia não tem atuado no sentido de promover a compreensão do SUS, o pensamento crítico, a cidadania e o exercício do controle social. Ao contrário disso, a mídia tem priorizado a divulgação de notícias negativas, catastróficas e simplistas sobre este Sistema, tal como veremos a seguir.

2.2 – A crítica ao SUS na mídia: a busca pelo “furo” jornalístico

Na interface entre comunicação e saúde, alguns autores e entidades comprometidas com o SUS apontam que a mídia, de modo geral, tem se dedicado a fazer uma cobertura tendenciosa do SUS, dando destaque às suas insuficiências e problemas e pouco espaço a seus feitos exitosos, a partir da sua lógica de valorização do “furo” jornalístico (Araujo & Cardoso, 2007; Brasil, 2006b; Marques, 2009; Mendes, 1996; Menegon, 2008; De lavor, 2009; Xavier, 2006).

Mendes, em 1996, afirmou que a mídia dava pouca importância e visibilidade a feitos exitosos da saúde, como erradicação de doenças e a atenção integral à família implantada com sucesso em vários municípios, fazendo grande alarde de acontecimentos desastrosos e falhas do Sistema, que eram noticiados de maneira espetacular, mais se aproximando da dramaturgia. Ele conta o exemplo de uma repórter da TV Globo que ao visitar um programa exitoso do médico da família de Niterói, disse “isso não tem interesse jornalístico” e foi atrás de pautas jornalísticas “quentes” no hospital de emergências da cidade. “Assim, a percepção fenomênica da crise da saúde brasileira e sua vinculação ao SUS é, em parte, construída pela forma como a mídia seleciona e difunde os fatos relativos ao sistema de saúde” (Mendes, 1996, p. 72).

Essa exposição dos problemas do sistema de saúde é importante, pois cumpre a função de denúncia de situações que devem ser superadas a fim de se atingir o pleno direito a saúde. Por outro lado, acaba vinculando todo o sistema de saúde ao que lhe falta ou ao que ainda é problemático, o que é chamado por Mendes (1996) de criação da “crise da saúde”. Segundo o autor,

(...) a mídia nacional cria um ‘aqui e agora’ sanitário por onde se vem construindo, no imaginário social, a idéia do caos da saúde. A área da saúde é o campo privilegiado para produção de “fatóides”, expressão cunhada para expressar pseudo-acontecimentos, polêmicas ridículas, escândalos sem importância ou eventos espetaculosos que sustentam o cotidiano da mídia (Mendes, 1996, p. 71).

Marques (2009) também destaca que os aspectos problemáticos do SUS têm conseguido muito mais espaço na mídia do que os aspectos exitosos. Segundo ele “banaliza-se a opinião de que os serviços públicos prestados pelo SUS são um lixo e, assim, entra ano e sai ano, nos inquéritos de opinião, a saúde sempre é indicada como o maior de todos os problemas que afligem a população” (p. 57-58).

Menegon (2008), em consonância com esses autores, afirma que em se tratando de saúde, notícias de crise são “pauta quente” no jornalismo impresso, falado ou televisivo, ainda mais quando ligados a procedimentos complexos e emergenciais. Em estudo que visava analisar a crise dos serviços de saúde em jornais de Campo Grande/MS, a autora encontrou, além da crise como “pauta quente”, a divulgação e o reforço dos sentidos que apontam para a hegemonia do modelo hospitalocêntrico, emergencial, curativo e de reabilitação, nas notícias estudadas, deixando em segundo plano os serviços que privilegiam a prevenção e a promoção de saúde. Trabalhando com a noção de repertórios interpretativos, a autora nos mostra que nos repertórios divulgados para caracterizar a crise dos serviços naquela região no ano de 2005, ocorre a utilização de metáforas de adoecimento do serviço, o que reforça a lógica curativa ao se tratar de saúde. Além disso, encontrou a verticalização e o autoritarismo como formas para o controle ou resolução da crise, sendo a população descrita como passiva e sofredora ou, no máximo, como atores que brigam e reclamam.

Mendes (1996) acrescenta que a visão fenomênica do “caos da saúde” obscurece alguns resultados exitosos e responsabiliza o SUS por essas dificuldades apresentadas de maneira descontextualizada. Isso influencia o descrédito do SUS junto à sociedade, o que dificulta ainda mais a sua implantação. Assim, o autor afirma que:

(...) é fundamental que se elabore e implemente, agressivamente, uma política de comunicação social do SUS que visará a comunicar, a diferentes públicos, com absoluta transparência e sem triunfalismos, as dificuldades, os erros e os êxitos do Sistema Único de Saúde, bem como a informar os cidadãos sobre seus direitos e deveres no campo da saúde (Mendes, 1996, p. 72).

Sensibilizados por essas colocações e influenciados pelo que é defendido por Araújo & Cardoso (2007) como parâmetros para se pensar a comunicação em saúde, que são a defesa de um “projeto ético de sociedade, que contemple, sobretudo, mais equanimidade na distribuição

dos capitais e dos poderes materiais e simbólicos” e o compromisso “com o aperfeiçoamento do SUS, porque ele é o grande projeto que pode permitir uma mudança nas condições de saúde da população” (p. 15), definimos nosso objetivo de trabalho.

Assim, o objetivo desse estudo é investigar a construção da crítica ao SUS no Jornal Folha de São Paulo, no ano de 2008, focalizando a análise: a) dos recursos linguísticos utilizados para a produção das notícias e b) de como os sentidos veiculados são construídos e delimitados por determinadas práticas do fazer jornalístico. Com isso, buscaremos contribuir para as reflexões sobre a importância da mídia na divulgação de informações para o exercício do controle social e efetivação do SUS.

A partir disso, procederemos no capítulo seguinte na explicitação do método de pesquisa.

3

MÉTODO

Neste capítulo, apresentaremos os aspectos metodológicos que guiaram a realização desta pesquisa. Assim, trataremos do referencial teórico metodológico utilizado, isto é, a análise crítica do discurso e a perspectiva construcionista social, bem como dos procedimentos e critérios elaborados para seleção do material de análise.

3.1- O Construcionismo Social e a Análise Crítica do Discurso

O construcionismo social é uma perspectiva que emergiu ao final do século XX como confluência de diversas correntes de pensamento, como a Teoria Crítica, a sociologia do conhecimento, a Filosofia da Linguagem, a crítica literária, o pós-estruturalismo, a linguística e o movimento feminista. Insere-se, portanto, no pensamento pós-moderno, enfatizando a construção social da realidade e a interdependência entre sujeito cognoscente e o objeto na construção do conhecimento. É uma perspectiva compartilhada por diversas disciplinas das ciências humanas – tais como Sociologia, Psicologia e Antropologia (Burr, 1995; Gergen, 1999; Japur 2004; Rasesa & Japur, 2007).

A partir dessa perspectiva, a linguagem é considerada construtora da realidade social, estando ontologia e epistemologia intrinsecamente conectadas. Desde modo, o conhecimento é tomado como prática social, sendo fundamentado por narrativas construídas a partir de interpretações que são situadas sócio-historicamente. Nesse sentido, as descrições tradicionais de neutralidade e objetividade do pesquisador, bem como de validade e generalização dos conhecimentos, não são valorizadas na pesquisa construcionista. Essa corrente de pensamento não se apega a metodologias específicas, não procura por critérios naturais e essenciais para a legitimação do conhecimento, muito menos por verdades aistóricas. Se preocupa, ao invés

disso, com a linguagem, com a multiplicidade de significados, com o caráter sócio-histórico desses significados e com as consequências pragmáticas que a linguagem engendra na construção social da organização humana (Burr, 1995; Gergen, 1999; Grandesso, 2000; Japur, 2004).

Compartilhando desses valores, a análise crítica do discurso busca compreender quais realidades são tornadas possíveis, a partir das diferentes formas de construções discursivas e a partir das escolhas e usos dos diferentes dispositivos linguísticos disponíveis. Com isso, o analista crítico do discurso busca intervir no processo de construção da realidade, pautado na reflexividade presente no próprio estudo e na expansão da consciência crítica dos falantes sobre as implicações de determinados jeitos de falar (Rojo, 2004).

A análise crítica do discurso (ACD) surgiu influenciada pela noção de crítica elaborada pela Escola de Frankfurt. Segundo Wodak (2001), começou a se configurar como um paradigma distinto a partir do lançamento da revista científica *Discourse and Society*, por van Dijk em 1990; da publicação dos livros: “*Language and Power*”, de Normam Fairclough, em 1989, “*Language, Power and Ideology*”, de Ruth Wodak, também em 1989 e “*Prejudice in Discourse*”, de Teun van Dijk, em 1984; e da realização de um encontro, em 1991 em Amsterdam, reunindo Teun van Dijk, Normam Fairclough, Gunther Kress, Theo van Leeuwen e Ruth Wodak, quando esses estudiosos puderam discutir e sistematizar os diversos modos de se fazer análise crítica do discurso até aquele momento.

Atualmente, assim como na época em que emergiu, a ACD abarca diferentes metodologias e teorias, sendo hoje conceituada como uma perspectiva distinta de se fazer análise do discurso por se focar em problemas sociais e se preocupar com a conscientização e emancipação por meio da análise do discurso, isto é, é uma forma de fazer análise comprometida politicamente (Rojo 2004; Talbot, 1992; Wodak, 1996; Wodak, 2001; Meyer, 2001).

A conscientização e emancipação são possíveis, segundo Gergen (1999), a partir da abertura para novas visões e futuros alternativos. A partir de uma postura construcionista, afirma o autor, somos convidados a suspender a realidade que criamos e a perguntar: quais são as repercussões dessa maneira de falar ou descrever algo? Quem ganha legitimidade com ela, quem é silenciado, quem é magoado, quais são as tradições reafirmadas por ela, quais são esquecidas e como julgamos o futuro que está sendo criado por aquela realidade?

Contudo, fazendo esse exercício, nos lembra Gergen, não atingiremos um ponto em que encontraremos a verdade ou a construção discursiva ideal já que, para estudarmos a linguagem, usamos a própria linguagem que não é por sua vez, nem o reflexo e nem o mapa do nosso objeto de estudo. Apesar disso, pensar sobre as diferentes formas de se conceber alguma realidade pode ser libertador, porque podemos encontrar outras opções de construção da realidade que podem ser consideradas menos opressoras ou injustas.

Assim, o objetivo da análise crítica do discurso, bem como da pesquisa construcionista social, é explicitar o caráter construído dos discursos e das realidades sociais, fazendo-nos pensar sobre as diferentes formas possíveis de construção e a implicação de cada uma delas para os diferentes atores sociais.

De acordo com Fairclough (1995) e Rojo (2004), o discurso, na perspectiva da análise crítica do discurso, é concebido como prática, como uma atividade socialmente regulada. Nesse sentido, o discurso apresenta três facetas: uma prática textual, que é a unidade linguística, superior à oração, construída a partir de determinadas ferramentas linguísticas, dotada de coerência e coesão; uma prática discursiva, que é a moldura fornecida pelo contexto e que confere ao discurso o seu poder gerador de outras práticas sociais, tais como julgar, informar, legitimar; e uma prática social, que diz respeito às estruturas e relações sociais mais consolidadas na cultura, que configuram o discurso, mas que são, ao mesmo tempo, configuradas por ele.

Cada uma dessas facetas do discurso pode ser estudada de maneira focalizada, sem, entretanto, ser possível a existência de uma delas de forma independente das demais. Deste modo, a análise do discurso preocupada prioritariamente com o discurso enquanto prática textual buscará a compreensão dos dispositivos linguísticos utilizados para organizar a informação, de tal forma que diferentes sentidos podem ser construídos, enfatizados ou silenciados. Já a análise que se volta para o discurso como prática discursiva está preocupada com a relação entre texto e contexto, buscando compreender a regulação da produção e recepção do discurso dentro da situação comunicativa, bem como em que medida essas produções discursivas reproduzem ou modificam esse contexto nos quais se inserem. E, por último, a análise que focaliza o discurso como prática social estuda a relação entre as estruturas e relações sociais e o discurso, ocupando-se da regulação social da produção, recepção e circulação dos discursos de acordo com o contexto sócio-político mais amplo.

A partir disso, a análise a ser realizada aqui se focaliza em duas facetas do discurso: o discurso como prática textual e como prática discursiva. Buscando compreender de que maneiras e a partir de quais recursos linguísticos foi construída a crítica ao Sistema Único de Saúde, estamos estudando a prática textual. E, buscando compreender como essas construções se inserem no cotidiano da prática jornalística, sendo marcadas e delimitadas pelo fazer jornalístico, que confere maior ou menor magnitude ou legitimidade a essas construções, entramos no campo da prática discursiva.

Na sociedade contemporânea a mídia transformou as práticas discursivas, na medida em que assume um papel fundamental de divulgar, silenciar ou formar opiniões, o que se configura numa forma de poder. Assim, grande parte da tarefa de engendrar novos sentidos e repertórios de significados, passa pela mídia. Além disso, é importante ressaltar que esse veículo se insere em nossa sociedade como um produto e, portanto, deve seguir algumas

"leis" de mercado, que no fazer jornalístico se traduzem na busca por noticiar a novidade e o ainda não noticiado (Spink et al, 2001; Spink, 2006).

Com isso, autores como Costa (2009), Menegon (2008) e Spink et al (2001) afirmam que o estilo jornalístico é caracterizado pela busca do “furo” jornalístico ou da pauta “quente”, que leva a valorização de notícias trágicas ou de crise, bem como à elaboração de lides convidativos e manchetes de impacto, que nem sempre refletem o conteúdo da notícia, ocorrendo o que é chamado de notícia “esquentada”. Além disso, o estilo jornalístico, marcado pela pressão do pouco tempo para se produzir reportagens e pela busca do alcance do maior número de leitores possível, fica caracterizado, em geral, por uma linguagem simples, acessível a maiores públicos e por afirmações pouco aprofundadas e explicadas.

Considerando esse referencial teórico metodológico e, considerando ainda as reflexões de diversos autores (Araujo & Cardoso, 2007; Marques, 2009; Mendes, 1996; Menegon, 2008; De labor, 2009; Xavier, 2006) que destacam que a mídia tem privilegiado a divulgação dos aspectos problemáticos do SUS em detrimento de seus aspectos exitosos, tal como visto no capítulo 2, elaboramos nosso processo de análise. Assim, temos como objetivo compreender a construção da crítica ao Sistema Único de Saúde no jornal Folha de São Paulo em 2008.

Para tanto, nos focaremos nas análises de: (1) Na construção da crítica, a partir de quais recursos linguísticos foram caracterizados o SUS, seu gestor e seu usuário? (2) Qual a influência do veículo jornal e do estilo jornalístico na produção desses sentidos? Assim, no primeiro ponto de análise, nos focaremos na análise da prática textual e no segundo ponto, abordaremos a prática discursiva, tal como já explicamos.

Deste modo, a partir destes focos de análise, essa pesquisa não busca responder se o SUS tem sido construído pela mídia como problema, mas busca entender o processo de construção da crítica ao SUS nas notícias, sem o objetivo de quantificar as estratégias utilizadas, definindo se elas são as mais usadas ou não.

Em contrapartida, essas análises nos possibilitam pensar sobre os efeitos desses sentidos para a promoção do controle social e divulgação crítica do SUS, tal como preconizado por autores que ressaltam a importância dessas informações para a efetivação da política do SUS.

3.2 - Corpus de análise

O corpus de análise foi delimitado a partir da busca realizada no *site*³ do jornal Folha de São Paulo com a palavra “saúde”, no ano de 2008.

Escolhemos a Folha de São Paulo por ser o jornal de maior circulação nacional por dia, desde 2002, segundo a Associação Nacional de Jornais (ANJ), o que confere a esse jornal maior poder de circulação dos sentidos produzidos e divulgados por ele, além de que ele pauta a publicação de notícias por jornais de várias regiões do interior do Brasil. No ano de 2008, a Folha de São Paulo teve circulação de 311.287 exemplares por dia, segundo a ANJ⁴. Além disso, esse jornal foi escolhido por ser o único de grande circulação a disponibilizar ferramenta *on line* para busca e leitura de notícias em seu arquivo a partir do ano de 1994. Isso facilitou em muito nosso trabalho, já que na cidade de Uberlândia, local de realização da pesquisa, não temos uma instituição que faz o arquivamento das edições impressas do jornal.

O jornal Folha de São Paulo foi fundado em 1921 e tem como princípios editoriais o pluralismo, o apartidarismo, o jornalismo crítico e a independência, de acordo com o Projeto Editorial 1997 da Folha, último projeto editorial publicado pelo jornal. São tomadas como metas do jornal a fidedignidade à realidade, valorizando a objetividade e o distanciamento crítico; a produção didática de informações, compatíveis com um público heterogêneo; e a explicação das diversas facetas de uma notícia, apresentando os “outros lados” de uma versão. Assim, o jornalismo é considerado “um registro taquigráfico da história” (Manual da redação,

³ Devido ao nosso processo de busca das notícias, não abordaremos em nossa análise questões relativas ao uso de imagens e fotos, nem mesmo relativas ao posicionamento da notícia na página e/ou tamanho da notícia, já que as notícias disponibilizadas *on line* não permitem a visualização desses aspectos.

⁴ Dados extraídos do site: <http://www.anj.org.br/a-industria-jornalistica/jornais-no-brasil/maiores-jornais-do-brasil/>, acessado em 25/02/2010.

2010, p. 10). Até o momento da seleção dos dados, o jornal estava organizado em sessões e cadernos temáticos diários, chamados: Opinião, Folha Brasil, Folha Ciência, Folha Cotidiano, Folha Dinheiro, Folha Esporte, Folha Ilustrada, Folha Mundo, Folha Corrida e Folha Saúde. Além dos cadernos, o jornal é organizado em suplementos, que não são publicados diariamente, mas em diferentes dias da semana. São eles: Folha Informática, Folha Equilíbrio, Folha Turismo, Folhinha, Folhateen, Mais!, Revista da Folha, Folha Veículos, Folha Construção, Empregos, Folha Negócios, Folha Imóveis, Guia da Folha, Fovest, Saber, The New York Times International Weekly e Folha vitrine. Essas divisões em cadernos e suplementos não foram consideradas relevantes no momento da análise, por considerarmos que não geravam diferenças significativas nas análises, a partir do foco analítico delimitado. Além disso, os princípios editoriais do jornal são afirmados como válidos para o jornal, sem distinção de cadernos ou sessões, o que nos faz considerar que todos os cadernos e sessões seguem os mesmos princípios no momento de produção dos textos a serem publicados, apesar de haver uma maior liberdade de expressão de opiniões na sessão Opinião. Entretanto, mesmo nesta, em que são expressas as opiniões do jornal sobre determinados temas, na coluna Editorial, e de pessoas que escrevem sobre determinados temas, na coluna Tendências/debates, é afirmado que se deve sempre buscar publicar opiniões diversas da expressa pelo jornal no Editorial, na sessão Tendências/debates, com vistas a promover a pluralidade (Manual da Redação, 2010). Deste modo, tomaremos o jornal como uma unidade, não considerando diferenças nos cadernos ao analisar as práticas textual e discursiva.

Escolhemos o ano de 2008 por ser o ano em que o SUS completou 20 anos de institucionalização e por isso muito foi publicado e discutido, nas diferentes mídias, sobre avanços e desafios persistentes do sistema.

A busca de notícias para realização da pesquisa foi realizada com a palavra “saúde” considerando que a temática “SUS” abarca diversos termos chave e por verificarmos, a partir

de tentativas prévias de busca, que muitas reportagens que tratam do SUS não trazem o termo “SUS” em seu texto. Desse modo, decidimos fazer uma busca utilizando um termo que agregasse maior variedade temática, para em seguida realizarmos a seleção das notícias a serem analisadas, de acordo com os objetivos do trabalho.

Essa busca foi realizada de modo a incluir os resultados do primeiro dia de janeiro de 2008 e do último dia de dezembro de 2008. Assim, obtivemos o total de 5902 resultados no ano de 2008. Contudo, para acessar cada resultado, foi necessário realizar a pesquisa por mês, já que o *site* não disponibiliza a leitura completa das reportagens a partir do resultado número 1000. Com isso, já tendo o número total de reportagens com o termo “saúde”, para podermos ler as reportagens inteiras, realizamos a busca com o mesmo termo em cada mês do ano.

A partir da leitura de algumas matérias selecionadas na busca, pudemos perceber, tal como já esperávamos, que muitos dos resultados não tratavam do Sistema Único de Saúde, não vindo ao encontro dos objetivos desse trabalho. Para filtrar os resultados relevantes ao nosso estudo, realizamos uma primeira seleção, baseada na leitura do título ou manchete da matéria, para excluir os resultados que tivessem manchete com temática claramente divergente da abordada neste trabalho. Esse procedimento foi adotado concomitantemente com outro procedimento de seleção, sendo que, a partir da leitura da manchete, podíamos excluir um resultado ou, em caso de dúvida, decidir pela leitura do texto completo, para decidir, finalmente, pela inclusão ou não do resultado na pesquisa. Deste modo, na medida em que a leitura do título da matéria nos dava certeza de que aquela matéria não se enquadrava nos nossos objetivos, procedíamos à exclusão daquele resultado. Se a leitura do título não nos desse essa certeza, procedíamos à leitura do texto completo, o que nos permitia decidir pela inclusão ou não daquele resultado. Essa regra não foi aplicada aos editoriais do jornal, que independente do título, foram lidos inteiramente para tomarmos a decisão de inclusão ou não,

por ser uma sessão que, devido ao seu caráter menos impessoal, não trazia, com muita frequência, títulos claros sobre o tema tratado.

A partir da leitura dos títulos das reportagens, foram excluídos os resultados que traziam manchetes que tratavam de programação de TV; anúncios particulares comunicando mortes de pessoas; dicas para o vestibular ou que tratavam do mercado de trabalho; astrologia; notícias internacionais; que tratavam de esporte, sem vinculação com o SUS (ex: *doping* de atletas); e que tratavam de notícias ou fofocas de pessoas conhecidas. Em termos do conteúdo do texto completo, foram excluídas da pesquisa notícias que apresentavam a saúde como resultado de comportamentos individuais ou do uso de tecnologias a serem desenvolvidas (ex: notícia de pesquisa relacionando consumo de algum produto com melhora da saúde); que traziam recomendações de órgãos mundiais ou associações médicas sobre questões de saúde, sem vincular essas questões com o SUS; que tratavam de ações de sociedades, associações ou instituições relacionadas à saúde, mas não as relacionava com o SUS claramente (ex: notícia tratando de alguma recomendação do Conselho Nacional de Medicina); e que tratavam de assuntos relacionados à saúde pública de modo geral (ex: mudanças climáticas, poluição). Foram excluídas também notícias da “Folha Ribeirão”, uma sessão do jornal que apresenta notícias de cidades do interior do estado de São Paulo, porque não é uma sessão disponibilizada para todo o país.

De modo geral, foram incluídas notícias sobre quaisquer questões de saúde para as quais o SUS tem uma política específica; sobre dados epidemiológicos; sobre o funcionamento do SUS, sobre campanhas de saúde; sobre financiamento da saúde pública no Brasil; sobre crises e problemas relacionados a órgãos públicos de saúde; e sobre políticas do Ministério da Saúde. Foram incluídos também os textos “Erramos”, quando existiam, indicando alguma falha cometida pelo jornal, relacionados aos textos selecionados para a pesquisa, sendo que estes não foram computados no total de notícias analisadas.

Com isso, chegamos ao número de 667 notícias para serem analisadas nesse estudo.

No capítulo seguinte serão, então, apresentados os resultados e a discussão sobre as análises realizadas.

4

A CONSTRUÇÃO DA CRÍTICA AO SUS: INEFICÁCIA DO SISTEMA, (IN)COMPETÊNCIA DO GOVERNO E (IN)DETERMINAÇÃO DA INSERÇÃO DO USUÁRIO

Neste capítulo, apresentaremos os resultados de nossa análise, que, tal como explicado no capítulo referente à metodologia de pesquisa, teve como objetivo compreender os processos de construção da crítica ao SUS, considerando os sentidos relativos ao SUS, seu gestor e seu usuário, bem como de que forma esses sentidos foram construídos a partir do fazer jornalístico.

Nesse sentido, a análise do processo de produção da crítica ao SUS consistiu de dois momentos: 1) estudamos os recursos linguísticos utilizados para se noticiar o SUS, seu gestor e seu usuário, focalizando a prática textual; 2) identificamos e caracterizamos as estratégias de construção desses sentidos típicas do veículo midiático utilizado, abordando a prática discursiva.

Assim, pudemos entender que a crítica ao SUS foi construída a partir da delimitação da ineficácia do sistema, da (in)competência do governo e da (in)determinação da inserção de seu usuário no sistema. Entendemos ainda que essas construções se fundamentaram e foram reguladas pela aplicação de algumas estratégias características do fazer jornalístico.

Faremos, então, a apresentação dos resultados da análise também em dois momentos, iniciando pela apresentação das análises relativas à prática textual, seguida da prática discursiva. Assim, iniciaremos com a construção da ineficácia do SUS, a seguir.

4.1- A Ineficácia do Sistema

Analisando notícias sobre o SUS no jornal Folha de São Paulo em 2008, encontramos a magnificação de algum aspecto problemático do sistema; ou a apresentação e destaque de

alguma falha, mesmo quando um feito exitoso era noticiado; ou mesmo a generalização de alguma falha de modo que todo o sistema parece ruim ou ineficiente. Trata-se, portanto, de diferentes formas que contribuem para a construção do SUS como um sistema ineficaz. Assim, analisaremos essa construção destacando as estratégias discursivas usadas na construção da ineficácia do SUS, que chamamos de: A nomeação do SUS; SUS em crise; A eterna memória do ruim; e A “ironização” do SUS.

Em seguida, apresentaremos cada uma delas, com exemplos e análises.

4.1.1 - A nomeação do SUS: o jogo de ocultamento e destaque

Nos textos analisados, encontramos o Sistema Único de Saúde noticiado por meio dos seus hospitais, unidades de saúde, campanhas, programas de saúde e serviços, além de suas secretarias, autarquias e gestores. Considerando essa diversidade de elementos que constituem o SUS, buscamos identificar em que momentos o termo “SUS” aparece e qual a função do seu uso no contexto da notícia.

De forma geral, podemos observar que o termo SUS foi pouco utilizado no jornal, aparecendo apenas em, aproximadamente, um terço do total de notícias analisadas. Além disso, a leitura do material, rapidamente, aponta o pouco uso do termo SUS em notícias sobre melhoria de índices de saúde ou notícias sobre a excelência de algum serviço ou hospital, apesar de ser, em alguns casos, explicitado que o hospital ou serviço é vinculado à rede de saúde estadual ou municipal de saúde, tal como ocorre a seguir:

NOTÍCIA 1

(...) Há 15 anos, o serviço de violência do hospital Pérola Byington é uma ilha de excelência no acolhimento e tratamento de vítimas de violência sexual. Funciona 24 horas por dia, todos os dias do ano. (...) (Folha de São Paulo, 12 dez. 2008, Hospital de referência para mulher atende mais crianças, Caderno Cotidiano).

NOTÍCIA 2

Programas regionais de saúde da mulher conseguiram aumentar o índice de diagnóstico precoce do câncer de mama a partir da oferta da mamografia a partir dos 40 anos. Em Porto Alegre (RS), um programa social mantido pelo hospital Moinhos de Vento, em parceria com a secretaria da saúde, acompanha há quatro

anos 10 mil mulheres, oferecendo a elas mamografias a partir dos 40 anos.(...) (Folha de São Paulo, 11 jun. 2008, Ampliação do exame elevou índice de diagnósticos de câncer em outras cidades, Caderno Cotidiano).

NOTÍCIA 3

Num consultório de Assunção, uma infectologista dá nome e endereço de uma colega brasileira a um paciente soropositivo doente de tuberculose e desacreditado de que fosse sobreviver no Paraguai. (...) ele desembarca no CRT (Centro de Referência e Treinamento), um ambulatório da rede pública especializado em HIV/Aids. Lá, recebe tratamento gratuito e todos os medicamentos anti-retrovirais, o chamado coquetel, que não é fornecido pelo sistema de saúde paraguaio. Assim como esse paciente paraguaio, (...) ao menos 1.209 estrangeiros vêm e voltam ou vieram e vivem no Brasil para receber tratamento gratuito contra a Aids, de acordo com o Ministério da Saúde. (...) Alguns países como EUA, China e Colômbia, que estão entre as nacionalidades atendidas gratuitamente no Brasil, proíbem a entrada de portadores do HIV, mesmo que seja a turismo e por curto tempo. (Folha de São Paulo, 08 jun. 2008, Estrangeiros tratam Aids de graça no Brasil, Caderno Cotidiano).

Podemos perceber que, nas notícias citadas, serviços de excelência, como o hospital Pérola Byington (notícia 1), programas regionais de saúde exitosos (notícia 2), e a universalidade e eficiência do tratamento aos portadores de HIV (notícia 3) não são nomeados de SUS, não permitindo ao leitor o reconhecimento desses serviços como sendo ligados ao SUS.

Em contrapartida, notamos que as notícias sobre erros nos atendimentos trazem, em sua grande maioria, a nomeação “SUS”, tal como podemos ver a seguir:

NOTÍCIA 4

(...) Na Santa Casa de São Paulo, os pacientes amputados recebem tratamentos de reabilitação nas fases aguda e ambulatorial, mas, para colocar a prótese, vão para outros serviços do SUS, onde enfrentam filas. (...) (Folha de São Paulo, 12 mai. 2008, 1 milhão de deficientes no Brasil esperam por próteses, Caderno Cotidiano).

NOTÍCIA 5

(...) Após quatro meses de espera, Dorcelina Justo foi internada no último dia 21 no hospital Garavelo, que é particular, para uma cirurgia pelo SUS (Sistema Único de Saúde) de reconstituição do períneo. Depois de uma possível troca de prontuários médicos, teve o útero extraído. (...) (Folha de São Paulo, 28 fev. 2008, Em Goiás, mulher diz que hospital retirou seu útero por engano, Caderno Cotidiano).

NOTÍCIA 6

A Santa Casa de Porto Alegre suspendeu nesta semana a internação de gestantes e a realização de partos, por causa da superlotação na UTI neonatal. O hospital é privado, mas atende pelo SUS (Sistema Único de Saúde). (...) (Folha de São Paulo, 10

jul. 2008, *Porto Alegre: UTI superlotada faz Santa Casa suspender partos*, Caderno Cotidiano).

Nas notícias 4, 5 e 6 é interessante observar que os erros noticiados ocorreram em Santas Casas, podendo, por isso, serem atribuídos a estas instituições. Todavia, com a explicitação de que o atendimento realizado foi feito pelo SUS ocorre a vinculação do erro com o Sistema e consequentemente, a “culpabilização” do SUS pelos erros, havendo o ocultamento da responsabilidade da instituição particular.

Assim, consideramos que ocorre o apagamento do termo “SUS”, verificado nas notícias sobre feitos exitosos, bem como o destaque do termo em notícias sobre falhas, gerando uma associação da sigla “SUS” com eventos desagradáveis e problemáticos e a construção de uma expectativa de que, se a notícia trata de um problema em saúde, deve estar falando de SUS.

Essa análise se torna muito relevante se considerarmos as proposições da XII e XIII Conferências Nacionais de Saúde (Brasil, 2004; Brasil 2008a), apresentadas anteriormente, referente à necessidade da divulgação de uma imagem positiva do SUS, propiciando seu reconhecimento como patrimônio público. Neste sentido, o “apagamento” do termo SUS que encontramos ao noticiar-se feitos exitosos vai no sentido oposto dessas considerações, já que não permite o reconhecimento destes feitos como sendo constituintes do SUS, ao passo que, como vimos, o termo é associado a questões problemáticas.

Além disso, sob o enfoque de uma análise crítica do discurso, isso é especialmente importante, já que o processo de descrever e explicar um fenômeno é considerado como a própria tarefa de conceber o fenômeno. Assim, descrever eventos ruins, nomeando-os de SUS e descrever eventos positivos, sem nomeá-los de SUS, contribui para a construção de uma imagem negativa do SUS, ligando-o a um sentido de ineficácia.

4.1.2 - SUS, um sistema em crise: a repetição e a generalização

A partir da análise realizada, delimitamos também a construção do SUS como um sistema em crise, o que foi caracterizado pela recorrência ao termo “crise” ao se relatar algum problema em determinados setores ou serviços do SUS, ocasionando a generalização do aspecto falho a todo sistema. Assim, notícias foram construídas de modo a trazerem o sentido de que o SUS está passando por sérias e graves dificuldades, tal como nos sugerem os trechos:

NOTÍCIA 7

Recife: Hospital da FAB é desativado em meio a crise

O hospital de campanha da FAB (Força Aérea Brasileira) montado na divisa de Recife e Jaboatão dos Guararapes (PE) foi desativado ontem, em plena greve dos servidores estaduais da saúde - iniciada no dia 22. (...) (Folha de São Paulo, 27 set. 2008, Recife: Hospital da FAB é desativado em meio a crise, Caderno Cotidiano).

NOTÍCIA 8

(...) A Santa Casa de Belém foi centro de uma crise na saúde estadual, após a revelação dos altos índices de mortalidade de bebês na UTI neonatal da instituição - foram 253 mortes só no primeiro semestre. (...) (Folha de São Paulo, 26 ago. 2008, Saúde: Médicos da Santa Casa de Belém entram em greve, Caderno Cotidiano).

NOTÍCIA 9

(...) A gestão na saúde ficou marcada por três grandes crises: duas epidemias de dengue (uma em 2002 e outra neste ano) e a intervenção federal na saúde municipal em 2005, quando o sistema entrou em colapso depois de disputa pela administração de hospitais entre a prefeitura e a União. A explicação para as sucessivas crises não está na falta de leitos hospitalares. Segundo a pesquisa de Assistência Médico-Sanitária, do IBGE, em 2005, havia na capital 3,5 leitos por mil habitantes, acima da média do Brasil (2,4) e do patamar mínimo recomendado pelo Ministério da Saúde (2,5). (...) (Folha de São Paulo, 30 dez. 2008, Educação tem bons indicadores; saúde vive crise, Caderno Cotidiano).

Podemos destacar nos trechos citados a repetição da palavra “crise”, que na notícia 7, ganha destaque na manchete da notícia. Nesse trecho, a manchete “Recife: Hospital da FAB é desativado em meio a crise” alardeia uma situação dramática e grave, uma crise, que podemos entender no conteúdo da notícia que se trata da greve dos servidores estaduais da saúde. Com isso, a greve dos servidores é tomada como sinônimo de crise, gerando a noção de que a saúde pública de todo o Estado está em situação de caos.

Situação semelhante encontramos na notícia 8, em que o alto índice de mortalidade de bebês, registrado em uma Santa Casa, é colocado como o centro de uma crise na saúde pública estadual. Ou seja, o problema registrado em uma Santa Casa do Estado é generalizado para todos os hospitais e serviços da saúde pública daquele Estado quando é denominado de “crise na saúde pública estadual”.

Na notícia 9, encontramos também diferentes problemas denominados de crise, tal como as duas epidemias de dengue, cada qual sendo considerada uma crise que acometeu a saúde pública do Rio de Janeiro, e a intervenção federal na gestão municipal de hospitais, considerada a terceira crise.

Podemos perceber também que as notícias de crise tratam, especificamente, de questões relacionadas aos serviços voltados à cura e a reabilitação, o que nos faz pensar que falar em crise faz sentido quando se trata de serviços complexos e emergenciais, que demandam respostas imediatas, dado o perigo de morte.

Com isso, é construída a noção radical de que se um sistema apresenta algum aspecto falho, ele está em crise, de onde se deduz que para que um sistema seja considerado bom, não poderia apresentar nenhum problema ou falha. Além disso, quando se ressalta a crise, por meio da repetição, e a generaliza a todo sistema, não há espaço para o reconhecimento de feitos exitosos, o que reforça ainda mais a noção de caos, trazida pela crise.

Desde modo, consideramos que a repetição e generalização da crise constroem o SUS como um sistema ineficaz, pautado na ênfase da assistência à saúde. Esses aspectos estão em consonância com o estudo realizado anteriormente por Menegon (2008), no qual ela afirma que notícias sobre crise são “pauta quente” no jornalismo impresso, principalmente quando tratam de problemas nos serviços hospitalares e emergenciais.

4.1.3 - A eterna memória do ruim: “apesar de”, “mas” e outros recursos que destacam as insuficiências

Neste tópico, destacamos a construção da ineficácia do SUS a partir da lembrança de aspectos problemáticos ou ainda não resolvidos, mesmo quando são noticiados incrementos ou melhorias nos serviços de saúde. Assim, verificamos uma tendência no uso da locução prepositiva “apesar de” e da conjunção adversativa “mas” para contestar dados positivos, trazendo à memória dificuldades ou limitações e mostrando que as melhorias ainda são insuficientes.

A mesma tendência de apresentar dados contrastantes não foi observada quando aspectos problemáticos do Sistema foram noticiados. Nesses casos, observamos que não foram trazidas ao texto lembranças relativas a melhorias de índices ou atendimentos de qualidade, por exemplo, contrastando-as com as informações problemáticas noticiadas. Com isso, consideramos que há uma busca por noticiar aspectos negativos, tal como apontam os trechos de notícias a seguir:

NOTÍCIA 10

Os governos federal, estadual e municipal criam uma série de leis para restrição ao tabagismo, mas não oferecem atendimento amplo na rede pública para quem tenta encontrar ajuda para abandonar o vício. (...) (Folha de São Paulo, 07 set. 2008, Governo pune fumante e limita tratamento, Caderno Cotidiano).

NOTÍCIA 11

Apesar de o número de cirurgias de esterilização nos hospitais públicos crescer ano a ano, conseguir uma laqueadura ainda é tarefa difícil para as mulheres que dependem do SUS (Sistema Único de Saúde). (...) (Folha de São Paulo, 18 set. 2008, Só 1/3 consegue fazer laqueadura em SP e Recife, aponta pesquisa. Caderno Cotidiano).

NOTÍCIA 12

(...) Coordenado pelo economista Marcelo Neri, o estudo aponta um pequeno salto na coleta de esgoto em 2007, apesar de o país ainda estar muito distante da universalização. (...) (Folha de São Paulo, 07 nov. 2008, Editoriais: O nó do saneamento, Caderno Opinião)

NOTÍCIA 13

(...) O prefeito tem a meta de inaugurar 110 AMAs (assistência médica ambulatorial) - unidade intermediária entre posto de saúde e hospital - como medida para atenuar as críticas ao setor. Apesar de construir AMAs, a gestão não tem investido suficientemente nos postos de saúde, onde as reclamações da falta de médicos são

constantes. (...) (Folha de São Paulo, 07 abr. 2008, 55% reprovam rede de saúde da prefeitura, Caderno Cotidiano)

Tal como pudemos observar, na notícia 10, é utilizada a conjunção adversativa “mas” para trazer ao texto a lembrança de que o SUS não tem políticas para tratamento do tabagismo. Assim, ressalta-se a questão problemática da adoção de leis que restringem o fumo em detrimento de seu caráter promissor que é o desestímulo ao tabagismo. Nesse sentido, a iniciativa de restringir o fumo para proteção à saúde é desvalorizada, porque é insuficiente.

Na notícia 11, o tempo de espera para conseguir uma laqueadura é destacado pelo uso da locução prepositiva “apesar de”, que constrói a noção de que o aumento no número de cirurgias realizadas ainda é insuficiente para tornar a laqueadura um procedimento acessível. Nesse caso, a melhoria de um índice é desvalorizada em detrimento do tempo de espera pelo procedimento.

Algo semelhante se dá na notícia 12 em que um índice ainda não atingido, que é a universalização do saneamento básico no país, é lembrado, ao se noticiar melhorias nos índices de coleta de esgoto, o que mostra que os esforços no sentido de melhorar o saneamento básico no país também continuam insuficientes.

Finalmente, na notícia 13, os investimentos na construção de AMAs são também desvalorizados, pois, “apesar deles” não se investe nos “postos de saúde”, que são alvos de “constante” reclamação pela população. Assim, mais uma vez, os investimentos são apontados como insuficientes, pois não resolvem o problema da falta de médicos nos postos de saúde.

Nesses trechos, portanto, pudemos ver o uso do “apesar de” e do “mas”, cumprindo a função de trazer à tona aspectos problemáticos, conferindo à notícia um enquadre que ressalta o que ainda falta ao sistema invés do que já se tem de positivo. Esse recurso de construção do texto estabelece contrastes que funcionam para desqualificar os avanços construídos no sistema, ocultando-os frente a ideais ainda a serem alcançados.

Além do uso dessas expressões, encontramos também o uso de outros recursos como apresentação de estatísticas, de dados ou dificuldades anteriores, contrastando com a notícia sobre o progresso do SUS ou mesmo para tornar ainda mais problemática uma notícia que trata dos impasses do sistema:

NOTÍCIA 14

A fila para o transplante de córneas na Grande São Paulo e no litoral chegou a "zero" na última segunda. Segundo a Secretaria de Estado da Saúde, foi a primeira vez na história que isso ocorreu em SP.(...) O técnico de laboratório Ivan Carlos de Mello, 38, foi um dos beneficiados. (...) Seu olho direito foi operado no hospital São Paulo 20 dias após sua inscrição. "Não tive a dor de cabeça da espera", diz. "Por ser SUS, até que estão de parabéns".(...) O banco de olhos foi alvo de polêmica em 2007 em razão de uma disputa sobre qual profissional poderia captar córneas para transplante - enfermeiros ou técnicos. Os trabalhos foram paralisados por 60 dias. (...) (Folha de São Paulo, 03 set. 2008, Fila para a córnea chega a zero em SP e no litoral, Caderno Cotidiano).

NOTÍCIA 15

(...) O novo coração de Rodrigo chegou no dia 12 de dezembro de 2007, dez dias após ele completar quatro anos. (...) Hoje, Rodrigo leva uma vida praticamente normal, exceto pelos remédios que precisa tomar, como os imunossupressores para evitar que o organismo rejeite o órgão transplantado. (...) 70% das crianças com indicação de transplante no Incor morrem na fila de espera. (Folha de São Paulo, 12 out. 2008, De volta à rotina com um novo coração, Caderno Cotidiano).

NOTÍCIA 16

Hemofílicos de diferentes regiões do país enfrentam problemas com o abastecimento de fator 8, substância do sangue que estimula a coagulação. As dificuldades para a aquisição do produto por parte do Ministério da Saúde causaram nos últimos anos racionamentos, suspensões da dose domiciliar e até a falta do produto, como verificado nas últimas semanas em algumas unidades. (...) Historicamente um problema de saúde pública no Brasil, o atendimento aos hemofílicos sofreu um duro golpe após a descoberta da Máfia dos Vampiros, em 2004. Denúncias envolvendo políticos e membros dos laboratórios em irregularidades e favorecimentos na compra de fator fizeram o país suspender a importação do plasma (parte líquida do sangue) de onde vinha pequena parte do fator consumido. (...) (Folha de São Paulo, 15 nov. 2008, Hemofílicos se queixam de falta de anticoagulante⁵, Caderno Saúde).

Podemos então observar, analisando as notícias 14 e 15, que casos de sucesso no atendimento de pacientes são contrastados, ao final, com dados sobre falhas e insuficiência dos serviços.

⁵ Manchete errada, corrigida pelo jornal em texto "Erramos": ao invés de anticoagulante, a palavra correta é coagulante.

Na notícia 14, a fala do paciente que relata ter sido muito bem atendido, de que "Por ser SUS, até que estão de parabéns", funciona como a brecha que permite que os problemas apareçam na notícia. Então, é trazida a lembrança da paralisação do serviço de transplante de córneas por 60 dias, ocorrida no ano de 2007, ano anterior a publicação da notícia.

Do mesmo modo, na notícia 15, o caso de sucesso do menino Rodrigo, que se recupera com êxito após a realização de um transplante de coração é finalizado com a apresentação dos dados de que "70% das crianças com indicação de transplante no Incor morrem na fila de espera". Assim, constrói-se a noção de que casos de sucesso, como o de Rodrigo, são raros, pois a maioria das crianças não tem o mesmo destino.

Já na notícia 16 são relatadas as dificuldades que pessoas com hemofilia estão enfrentando pelo desabastecimento do medicamento que estimula a coagulação do sangue. Nesse caso, não se usa a expressão "apesar de" nem "mas", porque já se trata de uma notícia sobre um problema. Entretanto, essa notícia que tem como argumento principal o problema atual de falta do medicamento coagulante, é tornada ainda mais grave com a lembrança de um problema semelhante, ocorrido em 2004, devido a irregularidades e fraudes na compra do mesmo medicamento. Além disso, ressalta-se nessa notícia que "o atendimento aos hemofílicos" é "historicamente um problema de saúde pública no Brasil".

Deste modo, é reforçado, então, o sentido de ineficácia do SUS, com o resgate de notícias ou histórias de falhas, que destacam as insuficiências e colocam a ineficácia como uma questão histórica, para a qual ainda não se fez o suficiente para resolvê-la.

Com isso, o uso do "apesar de", do "mas" e os outros recursos que destacam as insuficiências, contribuem para a construção da desconfiança com relação ao sistema, já que quando é afirmado que o SUS está bom atualmente, é lembrado que ele nem sempre foi assim ou é ressaltado que não sabemos se ele continuará bom assim ou é enfatizado que ele está bom, mas não tanto quanto deveria estar.

Nesse sentido, consideramos que há um tom pessimista nas notícias, que desvaloriza as iniciativas para melhoria do sistema ou ameaça a continuidade delas na medida em que traz à memória os problemas já enfrentados, como se eles dessem a medida da dificuldade ou da impossibilidade de se ter um SUS que funcione. Assim, o sentido subjacente é de que não vale a pena investir no ideal de efetivação do SUS, já que os problemas são muitos, vêm de muitos anos e as conquistas são pequenas quando comparadas com os problemas.

4.1.4 - A “ironização” do SUS

Nos textos analisados, encontramos o uso de alguns recursos linguísticos que apontam para uma construção do SUS como um sistema burocrático, incoerente, com pouco embasamento científico em suas ações e por isso, sem legitimidade. Assim, ocorreu o que chamamos de “ironização” do SUS, muito caracterizada pelo uso das expressões jocosas e que deslegitimam o sistema, ao se falar ou descrever seus serviços, tal como podemos conferir nos trechos seguintes:

NOTÍCIA 17

Vacinar idosos contra a gripe pode não ser uma forma eficiente de prevenir pneumonia e morte, afinal. (...) Os trabalhos, um americano e um canadense, foram os primeiros a avaliar o histórico de pacientes vacinados e não vacinados que deram entrada em hospitais com pneumonia. (...) Os novos resultados adicionam polêmica a um campo até agora incontroverso das políticas de saúde pública. Há pelo menos 15 anos a vacinação contra a gripe é amplamente recomendada para idosos, com base em uma série de estudos que mostravam uma redução na mortalidade dos vacinados. Alguns países, como o Brasil, têm programas de vacinação gratuita. Só o Brasil gastou em 2006 R\$ 118,6 milhões na compra de 18,6 milhões de doses da vacina. Em sua página na internet, o Ministério da Saúde faz coro: "Estimativas de estudos internacionais indicam que a vacina contra a gripe provoca redução da mortalidade em até 50% entre a população idosa". (...) (Folha de São Paulo, 04 set. 2008, Vacina antigripe não salva idoso, diz estudo, Caderno Ciência).

NOTÍCIA 18

Segunda-feira, 1º de setembro. Do verso do maço de cigarros, ilustrado por um feto boiando em formol num vidro, retiro um 0800 do Ministério da Saúde: 'Pare de Fumar'. Sem identificar-me como jornalista, fui em busca de uma ajuda pública (...). Depois de algumas encruzilhadas e informações gravadas, passei para um atencioso atendente. (...) Faço um resumo dos principais momentos do diálogo entre atendente, 'que vai estar pesquisando', e o repórter com 18 anos de tabagismo e uns 130 mil cigarros no currículo.

Primeiro momento:

Atendente: 'Você pode mascar chicletes, chupar balas. Mas não o dia todo'.

Repórter: 'Mas isso me dá mais vontade de fumar'.

Atendente: 'Então, não chupe bala e nem masque chiclete'.

Segundo momento:

Atendente: 'Que horas você costuma mais fumar?'

Repórter: 'O dia todo'.

Atendente: 'Nenhum momento específico?'

Repórter: 'Não, o dia todo. Só não fumo aqui no escritório porque não posso'.

Atendente: 'Pelo que me falou, você fuma mais depois do almoço e depois do café.

Então você precisa reduzir o café e evitar fumar após o almoço. Isso cria hábitos'.

(...) decidi ligar para a Secretaria de Estado da Saúde. A telefonista, antes de encaminhar-me, disse já ter conseguido fazer um namorado largar o vício apenas com conselhos. Desejou-me sorte. Depois de passar por alguns ramais, 'cheguei' ao Cratod (centro especializado) onde a senhora informou existir um programa. Que parece bom. 'Uma equipe multidisciplinar composta por clínico, psicólogo, psiquiatra, enfermagem e nutricionista que vai dar todos os parâmetros para que a pessoa consiga parar'. Problema. Preciso entrar numa fila de espera que ela nem soube dizer o tamanho nem dar expectativa de quando eu poderia ser chamado. (Folha de São Paulo, 07 set. 2008, "Chupe uma bala", diz atendente do SUS, Caderno Cotidiano).

Na notícia 17, a decisão do Ministério da Saúde brasileiro de vacinar gratuitamente os idosos é colocada em xeque a partir do lide da notícia, seguido da afirmação de que dois estudos realizados, um americano e outro canadense, relatam que a vacina não é tão eficaz quanto se pensava. Essa decisão, então, é criticada com a apresentação de números do quanto se gasta com a vacinação dos idosos no país, dando destaque ao dinheiro “desperdiçado” com uma vacina sem comprovação científica. Além disso, a decisão de vacinar os idosos é ironizada com a afirmação de que em seu *site* o ministério “faz coro” de que “estimativas internacionais” atestam que a vacina reduz em 50% a mortalidade de idosos, construindo a noção de que o ministério não está atualizado com relação aos estudos realizados sobre a vacina, ou seja, não tem embasamento científico suficiente.

Na notícia 18, podemos observar a “ironização” do serviço “Pare de fumar” do Ministério da Saúde. A partir das expressões “atencioso atendente” e “que vai estar pesquisando”, do relato de que “a telefonista, antes de encaminhar-me, disse já ter conseguido fazer um namorado largar o vício apenas com conselhos”, da apresentação de recortes de sequências do

diálogo que parecem incoerentes, além do destaque para as dificuldades em se obter as informações buscadas, que ocorre no trecho “depois de passar por alguns ramais, ‘cheguei’ ao Cratod”, é usada a ironia, no sentido de ridicularizar o serviço, tornando o texto até cômico em alguns pontos, para criticar a “ajuda pública” que o repórter encontrou.

Deste modo, essas construções apontam para a completa deslegitimação dos serviços noticiados e, nesse sentido para a construção da ineficácia do SUS, já que seus serviços são considerados tão ineficientes que são dignos de piada.

A “ironização” na construção da notícia sobre o SUS tem como efeito a desconsideração da situação exposta, afastando o leitor de qualquer possibilidade de reflexão e crítica sobre a mesma. Assim esse recurso à ironia obscurece a necessidade de mudança e não convida à ação e transformação do sistema, preservando, dessa forma, o estado de coisas tal como retratado.

Ligada a essas noções apresentadas sobre a ineficácia do SUS, encontramos a construção da (in)competência do governo, aspecto que será detalhado a seguir. Após a apresentação da (in)competência do governo, trataremos então da (in)determinação da inserção do usuário.

4.2 - A (In)competência do Governo

A partir das notícias analisadas verificamos que o governo foi considerado o gestor do SUS, sendo o responsável pelo Sistema Único de Saúde. Esta responsabilidade foi depositada na figura de candidatos, prefeitos, secretários de saúde, secretarias de saúde, ministro da saúde, Ministério da Saúde, presidente do Brasil, Brasil e outras regiões (é comum encontrarmos nas notícias algumas regiões aparecendo como sujeito, estando claramente designando o governo daquela área geográfica). Com essa forte vinculação da responsabilidade pelo SUS ao governo, a participação da população na gestão e fiscalização do Sistema, por meio dos conselhos e conferências, se torna pouco considerada.

Havendo essa responsabilização do governo pelo SUS, encontramos a construção da (in)competência do governo, sendo tanto a incompetência quanto a competência do governo usadas, neste caso, para a construção da crítica ao SUS, a partir do uso de alguns recursos linguísticos presentes em cinco estratégias discursivas. Estas foram utilizadas tanto sozinhas quanto juntas nos textos analisados, mas serão apresentadas separadas, visando a melhor compreensão de cada uma delas. São elas: A desmoralização do governo; Outros que fazem melhor; A voz dos especialistas; Personalização do governo; e O foco no tempo; que serão explicitados na sequência.

4.2.1 – A desmoralização do governo: o governo sob suspeita

Construindo a (in)competência do governo, encontramos textos em que são produzidos sentidos pautados na noção de que o governo é incoerente e mentiroso, a partir da comparação e oposição de afirmações. Isso se dá a partir das suposições de que o governo apresenta, em diferentes momentos, dados ou ações incompatíveis, e também de que tem intenção de esconder dados que apontam para falhas do sistema. Assim, o apelo à incoerência e à mentira, gera a desmoralização do governo e, com isso, a desconfiança com relação às ações ou afirmações do mesmo.

Nos trechos a seguir, encontramos, mais especificamente, a construção da incoerência, a partir do uso de recursos linguísticos que destacam ações ou afirmações que contrastam com outras feitas anteriormente ou com o reconhecimento público que o governo obteve:

NOTÍCIA 19

O SUS (Sistema Único de Saúde), orgulhosamente descrito pelo governo brasileiro como a maior rede pública de saúde do mundo, está ano a ano perdendo participação no total de dinheiro que se aplica em saúde no país. (...) Em dezembro, o Congresso Nacional extinguiu a CPMF, tributo que no ano passado respondeu por 35% das verbas do Ministério da Saúde. (Folha de São Paulo, 28 abr. 2008, Presença do poder público na saúde cai 20%, diz pesquisa, Caderno Cotidiano).

NOTÍCIA 20

(...) Não é de hoje que a União limita a sobrevivência da saúde à CPMF, tributo provisório que, segundo várias análises, entre elas um estudo da Fundação Getúlio

Vargas, fora pouco destinado ao setor - sua principal finalidade. O próprio ministro da Saúde, José Gomes Temporão, reconheceu que recursos da sua pasta são desviados a fins estranhos, como o programa Bolsa-Família. (...) (Folha de São Paulo, 05 fev. 2008, Tendências/Debates: O PAC da Saúde não pode empacar, Caderno Opinião).

NOTÍCIA 21

A Anvisa (Agência Nacional de Vigilância Sanitária) suspendeu ontem a importação de uma insulina ucraniana, que vem sendo distribuída aos diabéticos atendidos pelo SUS. No texto da resolução publicada no "Diário Oficial" da União, a alegação é que "existe risco evidente à qualidade, à segurança e à eficácia dos produtos". Ontem à noite, a agência recuou e disse que o produto não representa riscos e que hoje publicaria uma correção do texto. Agora, a justificativa para a suspensão seria a necessidade de uma nova inspeção na fábrica ucraniana, que mudou de local. (...) (Folha de São Paulo, 22 ago. 2008, Compra de insulina da Ucrânia é suspensa, Caderno Cotidiano).

Na notícia 19, a afirmação de que o governo “orgulhosamente” descreve o SUS como “a maior rede pública de saúde do mundo” é contrastada com a afirmação de que o SUS “está ano a ano perdendo participação no total de dinheiro que se aplica em saúde no país”. Assim, é construída a incoerência do governo e também sua intenção de se projetar internacionalmente como tendo o maior sistema público de saúde do mundo, sem, na verdade, investir nesse sistema.

Já na notícia 20, essa questão do financiamento da saúde constrói o governo como mentiroso. Isso acontece pela utilização de algumas palavras e expressões que possibilitam entender que o governo criou um tributo, supostamente para a saúde, mas o desviou para outros fins, prejudicando a “sobrevivência da saúde”. Isto é, a destinação da CPMF para a saúde foi uma mentira, já que o tributo “fora pouco destinado ao setor”, desvio que o “próprio” ministro da saúde “reconheceu”.

Além dessas análises, as notícias 19 e 20 nos permitem observar como diferentes abordagens sobre um assunto podem ser apresentadas de forma a construir um mesmo sentido, o da incompetência do governo. Na notícia 19, a incompetência do governo, como já vimos, é construída a partir do argumento de que a saúde perde investimentos constantemente, haja vista a supressão da CPMF, cortando 35% das verbas da saúde.

Entretanto, vale destacar que esse foi o único texto em que encontramos a afirmação de que com a queda da CPMF o governo perdeu investimentos em saúde, já que os demais, ao criticarem a intenção de se criar a CSS, apontam que a CPMF nunca fora destinada à saúde, tal como ocorre na notícia 20. Assim, quando se fala que a CPMF não foi destinada à saúde ou mesmo quando se fala que o tributo era destinado à saúde, a incompetência do governo é construída, pois, se não foi destinada a saúde, o governo é incompetente, pois incoerente e mentiroso; mas se era destinado à saúde, o governo continua incompetente, pois deixou que o tributo fosse derrotado.

Na notícia 21, encontramos a construção da incoerência com a apresentação das justificativas da ANVISA, no Diário Oficial da União, como “alegações” e também pela apresentação da sobreposição dessas justificativas de maneira contraditória, encerrando-se com a frase “agora, a justificativa para a suspensão seria a necessidade de uma nova inspeção na fábrica ucraniana, que mudou de local”. Nessa última frase, a utilização da palavra “agora”, bem como a utilização do verbo “ser” no futuro do pretérito, como “agora, a justificativa (...) seria”, constroem claramente a noção de que o governo a cada momento dá uma justificativa para a suspensão e deixam claro um sentido de desconfiança, já que a justificativa “seria” e não “é” a necessidade de uma nova inspeção na fábrica.

Com essas construções, portanto, é considerada uma intenção do governo de se projetar ou de se mostrar publicamente de uma maneira que não se verifica na realidade, fazendo um jogo de aparências que gera a necessidade de que a verdade seja revelada, já que o governo busca esconder o que está ruim, apresentando um “discurso” de eficiência.

Esta suposta tentativa do governo de esconder dados fica ainda mais clara em notícias nas quais essa afirmação é feita explicitamente, tal como ocorre a seguir:

NOTÍCIA 22

No Rio, pesquisa indica mais mortes que dados oficiais

Levantamento feito pela Folha nos cemitérios do Rio localizou 12 casos de mortos em que os atestados de óbitos indicam a dengue como causa. Nenhum deles havia sido

listado pela Secretaria Municipal de Saúde - ou seja, estavam fora das estatísticas oficiais. (...) A secretaria alegou que são casos ainda não confirmados. Segundo ela, a causa da morte registrada nos atestados de óbito indica o motivo "provável". (...) (Folha de São Paulo, 2 abr. 2008, No Rio, pesquisa indica mais mortes que dados oficiais, Caderno Cotidiano).

NOTÍCIA 23

Médicos acusam ministério de omitir epidemia

Dois médicos que ocuparam cargos de chefia no Ministério da Saúde acusam a pasta de omitir uma epidemia de febre amarela. Eles também defendem uma avaliação externa da vacina feita pela Fiocruz. (...) Em nota, o ministério afirma que "não há evidência epidemiológica" para considerar os casos como epidemia", já que o número é menor do que em alguns anos, e diz lamentar "tentativas de fazer de um evento de saúde pública que causou dano à população, palco para afirmações levianas". A Fiocruz afirmou em nota que a vacina pode causar reações ocasionais e que a qualidade da vacina é atestada pela Organização Mundial da Saúde. (Folha de São Paulo, 11 jul. 2008, Médicos acusam ministério de omitir epidemia, Caderno Cotidiano).

NOTÍCIA 24

HÁ UMA BOA dose de exagero na "epidemia" de febre amarela (FA). O número de casos confirmados nos últimos dias, que é de apenas três, está rigorosamente dentro da normalidade (...) O ministro da Saúde, José Gomes Temporão, cumpre o seu papel ao convocar cadeia nacional de rádio e TV para tentar frear a corrida aos postos de vacinação. Suas afirmações, entretanto, tendem a ser recebidas com reserva, senão com descrédito, pela simples razão de que governos costumam negar epidemias, mesmo quando elas são reais. Assim, não parece exagero qualificar a atual "epidemia" como uma manifestação de temor coletivo magnificada pela mídia. (Folha de São Paulo, 15 jan. 2008, Editoriais: Não-epidemia, Caderno Opinião).

Tal como podemos ler nas notícias 22 e 23, dados oficiais do governo são contestados pelo jornal a partir da consulta a atestados de óbito que constam nos cemitérios da cidade do Rio de Janeiro e a partir da opinião de médicos.

Na notícia 22, nos chama atenção a utilização de uma fonte não oficial (os arquivos de um cemitério) para contestar dados oficiais da secretaria de saúde, visando noticiar que o governo não publica a verdade sobre os dados de ocorrência da dengue. Além disso, a consulta a esses dados é chamada de “pesquisa” e alardeada na manchete na notícia, o que dá a entender que se trata de algo mais rigoroso e sistemático do que a simples consulta a dados de um cemitério. E para completar o ‘cenário de mentira’, é construída a desconfiança quando a justificativa da secretaria de saúde é chamada de “alegação” – “a secretaria alegou que são

casos ainda não confirmados” – e quando é colocada entre parênteses a afirmação de que os atestados de óbito indicam causa “provável” da morte. Com o uso do parêntesis, a autoria da secretaria é destacada, deixando claro que aquelas não são palavras de autoria do jornal, o que, juntamente com a utilização do verbo “alegou”, confere o sentido de desconfiança às palavras do governo.

Na notícia 23, é interessante observar que os médicos não apresentam nenhum dado para comprovar sua acusação, que mesmo assim, é assumida pelo jornal, inclusive na manchete da notícia, ao passo que os argumentos do Ministério, ainda que baseados na epidemiologia, em dados de ocorrência e na avaliação da OMS, são colocados entre parêntesis. Com isso, acreditamos que é conferida legitimidade aos médicos que proferem a acusação enquanto que as palavras do ministério são apresentadas com desconfiança.

Essa análise da notícia 23 se torna especialmente importante porque, ao levantar e alardear a hipótese de epidemia, não se explica que os casos até então registrados no país se trataram de febre amarela silvestre, não tendo acontecido nenhuma contaminação em ambiente urbano, tal como afirma notícia divulgada no site do Ministério da Saúde⁶ e dados sobre ocorrência da doença, também disponibilizados no site do Ministério⁷.

As consequências disso são abordadas na notícia 24, um editorial do jornal, no qual é dito que estava havendo um exagero ao se chamar de “epidemia” os casos de febre-amarela, o que é justificado pela atuação da mídia, “magnificando o temor” das pessoas, mas, principalmente, pela pouca credibilidade dos governos, que “costumam negar epidemias”.

Assim, neste trecho é interessante o movimento feito pelo jornal, que levanta a hipótese de que a mídia estivesse alardeando exageradamente as ocorrências de febre amarela, mas coloca o alardeamento da mídia em segundo plano com relação ao descrédito do governo: as

⁶ Disponível em http://portal.saude.gov.br/portal/aplicacoes/noticias/noticias_detalhe.cfm?co_seq_noticia=41079. Acesso em 03/03/2010.

⁷ Disponível em http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/boletim_febre_amarela_09_12_09.pdf. Acesso em 03/03/2010.

pessoas estão com medo, primeiramente, porque o governo costuma “negar epidemias” e em segundo lugar porque a mídia magnifica esse temor. Além disso, consideramos que o jornal faz essa afirmação crítica sobre a mídia de uma maneira distanciada dele mesmo, como se o jornal não fizesse parte da categoria mídia. Nesse sentido, mesmo trazendo em seu editorial a crítica de que a mídia magnifica o temor das pessoas, o jornal não deixou de continuar magnificando esses temores, noticiando a cada dia mais casos e mais mortes de maneira espetacular, tal como pudemos conferir na notícia 23.

Portanto, de acordo com o que pudemos ver nessas análises, de forma direta ou indireta, o jornal deslegitima a palavra dos gestores responsáveis pelo SUS ao compará-las e contrastá-las com afirmações opostas ou ao contestá-las a partir de fontes e dados quaisquer, sem nem mesmo explicar a origem dos dados.

Essa construção promove a desmoralização do governo porque, opondo suas ações e afirmações a ações e afirmações contrárias, conferindo mais legitimidade aos sentidos opostos, o jornal questiona os princípios éticos do governo, colocando-o sob suspeita. Assim, a estratégia de desmoralizar o governo tem como efeito o abalo da confiança no mesmo, já que o governo está sempre interessado em esconder a verdade da população, algo parecido com uma conspiração de um governo incompetente que busca esconder seus erros e parecer competente.

4.2.2 - Outros que fazem melhor: o privado, o internacional, o filantrópico

Outra estratégia para a construção da (in)competência do governo é a desvalorização das suas ações em favor da valorização de setores privados ou internacionais ou mesmo de outros atores que fazem com eficiência o que o governo não faz.

Assim, é característica dessa estratégia a comparação entre os setores privado e público ou internacional e nacional, havendo o destaque para as ações eficientes dos setores privados

ou de iniciativas internacionais, e para aspectos falhos ou o apagamento de ações eficazes do setor público, visando a valorização do primeiro e a desvalorização do último.

Os trechos a seguir ilustram a valorização do privado em detrimento do público:

NOTÍCIA 25

Rede privada notificará casos de dengue on-line

Hospitais privados terão de adotar um sistema on-line de notificação dos casos de dengue à Secretaria Estadual de Saúde. Esta é uma das medidas definidas na reunião de ontem pelo ministro da Saúde, José Gomes Temporão, com representantes de hospitais particulares, planos e seguros de saúde, para tentar conter o avanço da doença no Estado. (...) (Folha de São Paulo, 29 mar. 2008, Rede privada notificará casos de dengue on-line, Caderno Cotidiano).

NOTÍCIA 26

O Ministério da Saúde realiza desde ontem e até o dia 9 de maio a campanha nacional de vacinação contra a gripe. (...) e pretende vacinar 14,5 milhões de idosos com 60 anos ou mais, em 65,6 mil postos. (...) Na rede privada, há vacina para outros públicos. A variedade é maior que na rede pública, que não disponibiliza, por exemplo, vacina contra o HPV. (...) (Folha de São Paulo, 27 abr. 2008, Ministério da Saúde realiza até 9 de maio campanha contra gripe, Caderno Cotidiano).

Na notícia 25, podemos ver a construção da legitimidade e competência do setor privado já na manchete da notícia que afirma que a rede privada “notificará casos de dengue on line”, sendo que, no texto, verificamos que se trata de uma determinação da Secretaria Estadual de Saúde para que a rede o faça. Ou seja, até o momento da notícia, o que se tinha era uma determinação da secretaria de saúde que poderia ou não ser cumprida pela rede privada, mas essa possibilidade é dada como certa na manchete da notícia, o que valoriza o setor privado. Além disso, a autoria positiva da secretaria da saúde, já que foi ela quem determinou que a notificação acontecesse, não lhe é atribuída, havendo um apagamento das ações eficientes do setor público.

Já na notícia 26, sobre a vacinação contra gripe para idosos, é inserida a afirmação de que no setor privado a vacina contra gripe está disponível para todos os públicos, e também existe maior variedade de vacinas, tal como a contra o HPV, que não está disponível no setor público. É interessante observar como esta informação sobre a disponibilidade da vacina

contra HPV no setor privado é inserida no texto de maneira inconsistente: não parece haver razão para se falar sobre vacina contra HPV numa notícia sobre a vacinação contra a gripe. Com isso, ocorre a valorização do setor privado, a partir do destaque do que falta ao setor público em comparação com o privado. Além disso, ressalta-se a variedade do setor privado, mas não se ressalta que no setor privado, a vacina é paga, ao contrário do que acontece no público. Assim, o texto faz um apagamento dos aspectos positivos do setor público atribuindo vantagens ao sistema privado.

Encontramos também a valorização do privado sobre o público a partir da ênfase na competência de Organizações Sociais que gerem alguns serviços do SUS em algumas cidades, bem como a defesa desse tipo de parceria para que se tenha uma saúde de qualidade. Nesses casos, ocorre a valorização do privado e do filantrópico, dadas as características dessas instituições:

NOTÍCIA 27

A Fundação Zerbini, entidade privada sem fins lucrativos que administra o InCor (Instituto do Coração) de São Paulo, recebeu autorização do governador José Serra (PSDB) para continuar à frente do InCor do Distrito Federal até o final deste ano. A instituição deveria ter deixado o hospital de Brasília em dezembro do ano passado. (...) O governo federal e o do Distrito Federal tampouco querem mudanças. Temem que, sem o prestígio e o dinheiro da Fundação Zerbini, o InCor-DF se deteriore e se transforme num hospital público comum. (...) (Folha de São Paulo, 28 jul. 2008, Fundação vai gerir InCor-DF até dezembro, Caderno Cotidiano).

NOTÍCIA 28

O ministro José Gomes Temporão (Saúde) assinou convênio ontem com cinco hospitais filantrópicos para parceria com o SUS (Sistema Único de Saúde): Sírio Libanês, Oswaldo Cruz, Samaritano, HCor, Albert Einstein, de São Paulo; e Moinhos de Vento, de Porto Alegre. A intenção é qualificar os serviços prestados por meio de projetos com os hospitais. (Folha de São Paulo, 18 nov. 2008, Saúde: Governo assina parceria do SUS com hospitais filantrópicos, Caderno Cotidiano).

NOTÍCIA 29

(...) O objetivo dessas parcerias, segundo a prefeitura, é levar a eficiência e a agilidade do setor privado ao sistema público de saúde. As entidades conveniadas compram equipamentos sem licitação e contratam funcionários sem concurso público. Elas também podem pagar aos médicos salários mais altos que os da rede pública de saúde. (...) (Folha de São Paulo, 06 mai. 2008, Sírio-Libanês assume direção de dois ambulatórios públicos de SP, Caderno Cotidiano).

NOTÍCIA 30

Pela primeira vez na sua história, o Hospital Israelita Albert Einstein vai administrar um hospital público. (...) A gestão do M'Boi Mirim não está relacionada aos projetos de filantropia que o Einstein desenvolve no município - que continuarão existindo - e também não trará lucros à instituição, segundo o seu presidente, Claudio Lottenberg, ex-secretário municipal da Saúde. Ele afirma que a administração do hospital será "um desafio" e tem por objetivo ajudar o sistema público na incorporação de políticas de qualidade de saúde, já desenvolvidas com sucesso no Albert Einstein. (...) (Folha de São Paulo, 27 mar. 2008, Einstein vai administrar hospital público, Caderno Cotidiano).

Como podemos conferir, na notícia 27, é afirmado que o governo federal e o distrito federal temem que sem o prestígio e o dinheiro da Fundação Zerbini, o InCor se deteriore, se tornando “um hospital público comum”. Desta forma, é construída a noção de que os hospitais públicos comuns são deteriorados e não têm qualidade.

Do mesmo modo, nas notícias 28 e 29, afirma-se que a intenção dos convênios com as entidades privadas para gerir os serviços públicos de saúde é “qualificar” esses serviços (notícia 28), levando “a eficiência e a agilidade do setor privado ao sistema público de saúde” (notícia 29). Com isso, têm-se, a priori, duas premissas: a de que o setor privado e filantrópico é certamente eficiente e a de que os serviços públicos de saúde, ao contrário, não são qualificados. Assim, estes serviços encontram nessas parcerias a única oportunidade de melhorar.

Além disso, a notícia 29 apresenta a possibilidade de compra de equipamentos sem licitação e a contratação de funcionários sem concurso público pelas instituições conveniadas, sem problematizar os efeitos que a falta de controle sobre as compras e contratações pode trazer para a administração dos serviços de saúde. Isto é, a licitação pública e o concurso público, são trazidos nesta notícia de maneira pejorativa, como provas da ineficiência dos serviços públicos de saúde, ao invés de serem tratados como mecanismos de controle da administração pública, que têm aspectos positivos na medida em que previnem a corrupção e o favorecimento indevido de pessoas e prestadores de serviços.

Na notícia 30, o caráter filantrópico dessas entidades é destacado, ao ser afirmado que as entidades “ajudam” o sistema público com êxito, sem obterem lucro. Ou seja, essas instituições, além de fazerem melhor que o governo, não recebem nada em troca pela excelente e indispensável ajuda que oferecem ao desqualificado sistema público de saúde.

Nesse movimento de valorização do privado e filantrópico em detrimento do público, ao governo apenas é conferida alguma competência pela ação de transferir a gestão de seus serviços para essas instituições privadas, tal como no trecho:

NOTÍCIA 31

NÃO TEM sido fácil o caminho para modernizar a gestão da saúde no país. Decisão recente da Justiça Federal determina que a Prefeitura de São Paulo reassuma em 90 dias a gestão de AMAs (Assistência Médica Ambulatorial) e UBSs (Unidades Básicas de Saúde), além dos hospitais de Cidade Tiradentes e M'Boi Mirim. O processo foi movido em 2006 pelo Ministério Público, que vê inconstitucionalidade na medida. (...) A decisão, da qual a prefeitura pretende recorrer, é apenas mais um exemplo da resistência dogmática contra a adoção de regras para agilizar, baratear e tornar mais eficiente a gestão hospitalar. Esse antagonismo meramente ideológico já foi abandonado até pelo governo federal. (...) Mas a administração hospitalar por entidades não-estatais sem fins lucrativos é um dos poucos instrumentos em experimento no país que estão modernizando a gestão pública, ainda presa a arcaísmos de ineficiência e desprezo pela qualidade do serviço prestado. (Folha de São Paulo, 10 set. 2008, Editoriais: Bloqueio ideológico, Caderno Opinião).

Neste trecho, podemos ver a construção da (in)competência tanto do governo, que tem como única competência a transferência da gestão às OSs, como também a construção da incompetência do Ministério Público que, quando o governo resolve fazer algo bom, transferindo a gestão, o impede. Isso nos sugere não só uma desvalorização do poder público que é o governo, mas uma desvalorização do que é público, como o Ministério Público, em favor do privado/filantrópico.

Ainda valorizando a atuação filantrópica de alguns atores, encontramos notícias sobre instituições ou pessoas que assumem o que o governo não faz com eficiência, de maneira simples e com prontidão, também sem receberem nada por isso, tal como nos revelam os trechos:

NOTÍCIA 32

As Forças Armadas afirmam ter um plano pronto para entrar em ação imediatamente no combate à epidemia de dengue no Rio de Janeiro e na operação de emergência para o atendimento das vítimas. A informação foi dada ontem pelo ministro da Defesa, Nelson Jobim, em Washington. (...) "Não há dúvida de que vamos ajudar. Estamos com tudo preparado, porque realmente é um problema sério lá no Rio" (...) (Folha de São Paulo, 22 mar. 2008, Rio terá hospitais militares contra dengue, Caderno Cotidiano).

NOTÍCIA 33

Um dos objetivos da atuação dos Médicos Sem Fronteiras é mostrar ao poder público que é possível melhorar o atendimento às populações em áreas conflituosas. No complexo do Alemão, é o que o MSF tem feito: prestar socorro aos moradores e, diante de uma necessidade, levá-los ao hospital público. Na opinião de Antônia Cristina da Silva, 32, moradora do Alemão desde que nasceu, a diferença entre o atendimento público e o do MSF é brutal. "Aqui a gente é bem atendido. Eles compreendem melhor a gente. No posto de Del Castilho [unidade de saúde mais próxima], o tratamento é diferente. A gente fica horas na fila lá." (...) (Folha de São Paulo, 07 set. 2008, Moradores preferem agilidade do MSF, Caderno Cotidiano).

NOTÍCIA 34

(...) Morador de Marsilac, o aposentado Antonio Pedro de Carvalho, 72, é uma espécie de motorista de ambulância para os vizinhos. Exceto pela ambulância. Hoje, ele leva quem precisa de atendimento em seu gol preto. Mas já fez o trajeto até o hospital do Grajaú, que fica a 20 km de distância, em sua Brasília. Há dois anos, chegou a ganhar uma ambulância, mas diz que teve que vendê-la porque o seguro era muito caro e tinha sofrido ameaças de roubo. "O pessoal vem aqui ou me liga e eu vou socorrer", diz. "Quantas vezes deixaram gente esperando. Socorri uma grávida e a bolsa dela tinha estourado. Quando me chamaram, ela já havia pedido uma ambulância havia três horas. Quando cheguei ao Grajaú, a criança já estava morta." (Folha de São Paulo, 04 out. 2008, Saúde/educação: Candidatos prometem 3º hospital onde têm menos voto, Caderno Brasil).

Nesses trechos, podemos ver a apresentação de diferentes atores como as Forças Armadas, os Médicos sem Fronteira e até mesmo um vizinho, fazerem o que o governo não faz, com excelência e prontidão.

Na notícia 32, é enfatizado que as Forças Armadas têm um plano “para entrar em ação imediatamente no combate à epidemia de dengue no Rio de Janeiro” e que estão “com tudo preparado” para ajudar o poder público. Desta forma, a partir da prontidão e preparo das Forças Armadas, parece ser muito fácil atuar no sentido de combater a dengue, coisa que o poder público não foi capaz de fazer.

Já na notícia 33, a atuação dos Médicos sem Fronteira, além de ajudar, tem também o objetivo de “mostrar ao poder público que é possível melhorar o atendimento às populações em áreas conflagradas”. Ou seja, esses atores além de fazerem melhor que o poder público, podem ensiná-lo como cuidar da saúde.

E, na notícia 34, é relatado como um morador de uma região distante de um hospital, tem sido “uma espécie de motorista de ambulância para os vizinhos”, levando-os em seu próprio carro em busca de atendimento, quando a ambulância solicitada não vem, mostrando que até mesmo um cidadão comum consegue substituir com eficiência a atuação do governo.

Assim, esses sentidos revelam que fazer bem o que o governo não faz ou erra em fazer é fácil, tornando injustificável não fazê-lo ou errar em fazê-lo. E essa noção de facilidade é construída a partir da não contextualização e não problematização sobre o que são essas instituições que ajudam, como sobrevivem, quanto de dinheiro público gastam, por que e de que forma elas fazem o que fazem, que proveito elas têm com essas ações e quais as consequências indesejáveis essas parcerias podem trazer.

Da mesma forma como ocorre a valorização do privado sobre o público, observamos que ocorre a valorização do internacional sobre o nacional. Nesse sentido, os dados sobre saúde do Brasil são sempre comparados com dados de outros países, principalmente Estados Unidos e países da Europa, de modo a demonstrar como o atendimento à saúde no Brasil está longe de ser tão bom quanto os desses países:

NOTÍCIA 35

*O Estado de São Paulo registrou pela segunda vez consecutiva sua menor taxa de mortalidade infantil. Em 2007, o índice foi de 13,1 mortes a cada mil nascidos vivos, o que representa uma queda de 11,5% comparado a 2003. Apesar de o governo comemorar a redução, a taxa ainda é alta se comparada a países como Estados Unidos (5) e Portugal (7). O governo do Estado ainda não tem previsão de quando o índice poderá cair a menos de dois dígitos, como em países desenvolvidos. (...) (Folha de São Paulo, 30 jul. 2008, *Mortalidade infantil cai em São Paulo, mas taxa ainda é alta*, Caderno Cotidiano).*

NOTÍCIA 36

(...) O medicamento não é mais vendido na Europa e não foi sequer liberado nos Estados Unidos. No Brasil, o remédio figura entre as preferências para tratamento de dores agudas, osteoartrite, artrite reumatóide e cólica menstrual. (...) (Folha de São Paulo, 01 jul. 2008, Anvisa deve suspender a venda de Prexige, Caderno Cotidiano).

NOTÍCIA 37

(...) Para o médico, o correto seria fazer como os Estados Unidos, que realizam testes em massa na população, que permitem o acompanhamento precoce dos infectados pelo HIV. "Com certeza, beneficiaria o paciente e ainda baratearia o custo dele no sistema público de saúde." (Folha de São Paulo, 15 fev. 2008, Homens maiores de 60 são principais vítimas do diagnóstico tardio, diz médico, Caderno Cotidiano).

Assim, na notícia 35, sobre a melhoria do índice de mortalidade infantil, a construção da incompetência do governo brasileiro é feita pela comparação do índice de mortalidade do Estado de São Paulo com a de países como Estados Unidos e Portugal. Essa comparação é então usada como argumento para criticar que “apesar de o governo comemorar a redução, a taxa ainda é alta” comparada com aqueles países. Além disso, o texto apela ao prazo para se chegar aos índices de outros países: “o governo do Estado ainda não tem previsão de quando o índice poderá cair a menos de dois dígitos”, trazendo a expectativa de que somente quando isso acontecer teremos um bom índice.

A notícia 36 também critica a atuação dos governantes brasileiros pela liberação de um medicamento no Brasil, a partir do contraste com o que ocorre na Europa, onde a venda do Prexige foi proibida, e nos Estados Unidos, onde foi “sequer liberado”. Isto é contrastado com o que ocorre no Brasil, onde, segundo a reportagem, o medicamento “figura entre as preferências” para tratamento de várias doenças, o que revela a incompetência dos gestores brasileiros que, autorizando sua venda, permitiram que ele figurasse entre as preferências para tratamento no país.

Na notícia 37, por sua vez, a solução para o diagnóstico tardio dos pacientes com HIV estaria na adoção de medidas como a adotada nos EUA, de fazer testes em massa na população. Essa medida, segundo o texto, além de propiciar o diagnóstico precoce, baratearia

os custos para o sistema público de saúde brasileiro. É interessante notar, nesse trecho, que um aspecto do atendimento prestado nos EUA, a aplicação de testes em massa, é enfatizado para contrapor um problema no sistema brasileiro, a detecção tardia do HIV em pacientes com mais de 60 anos, de maneira a construir a ineficácia do atendimento prestado aqui, sem que seja lembrado que o programa brasileiro de tratamento aos portadores de HIV é referência mundial, ao contrário do programa estadunidense.

Com isso, as ações positivas do governo de melhorar o índice de mortalidade, suspender a venda do medicamento Prexige e a eficiente política de tratamento aos portadores de HIV são apagadas ao serem comparadas com dados ou ações de outros países, considerados melhores que o Brasil.

Consideramos que uma questão cultural de valorização dos países mais desenvolvidos permeia a utilização dessa estratégia. Isso porque ao valorizar as ações de outros países e desvalorizar as ações brasileiras, não é preciso explicar porque os dados de mortalidade no Brasil são maiores que os dos Estados Unidos, nem discutir os prós e contras de se fazer testes de HIV em massa na população e de se proibir a venda do Prexige. Ou seja, não é preciso argumentar com relação a essa valorização, que soa como óbvia. Assim, essa estratégia tem como efeito a noção de que se trata de escolhas do governo brasileiro, que por ser menos desenvolvido, não faz escolhas acertadas como os outros países mais desenvolvidos.

Portanto, a partir desses recursos que promovem a valorização do privado, do filantrópico e do internacional, fundamentados na não contextualização das ações e eventos, consideramos que ocorre a construção da (in)competência do governo, que parece escolher o caminho da ineficiência, na medida em que não consegue um desempenho na saúde a altura do desempenho conseguido facilmente pelas instituições privadas, filantrópicas e internacionais.

4.2.3 - A voz dos especialistas alerta: o governo é incompetente

Nesse processo de construção da (in)competência do governo, é convocada a participação de outros atores, de forma a avaliar a ação do governo, muitas vezes apontando e criticando as falhas. Denominamos essa estratégia de “a voz dos especialistas”, pois caracteriza-se basicamente pela apresentação da opinião de algum especialista, que atesta, a partir da crítica a diferentes ações, a incompetência do governo. Esses atores são profissionais ou instituições que ganham legitimidade nos textos para fazer afirmações e/ou avaliações sobre o sistema:

NOTÍCIA 38

(...) “Não tem cabimento existir uma lei de restrição se não oferece a mão para o tratamento (...)”, disse a cardiologista Jaqueline Issa, coordenadora do Ambulatório de Tratamento do Tabagismo do InCor. (...) A médica também diz que as recomendações dadas pelo Ministério da Saúde por telefone – chupar bala e mascar chiclete – são uma demonstração da existência de técnicas desatualizadas no auxílio ao fumante. “Isso existia quando não se conhecia a dependência. Hoje sabe-se como os receptores cerebrais funcionam. Quem não entende isso, o nervosismo, a ansiedade, não pode combater o tabagismo. Não dá para encarar nesse aspecto: ‘Respira fundo, conta até dez que passa - a vontade vem, mas depois passa.’ Depois de quanto tempo? Isso é um papo idiota”, disse. (...) (Folha de São Paulo, 07 set. 2008, Apoio a fumante é necessário, diz médico, Caderno Cotidiano).

NOTÍCIA 39

(...) “No Brasil, as coisas só melhoram após tragédias. Espero que agora, com o incêndio no HC, os gestores acordem para esse grave problema de falta de segurança nos hospitais”, afirma o médico Fábio Leite Gastal, consultor da ONA [Organização Nacional de Acreditação, empresa que confere certificado de qualidade hospitalar]. (...) (Folha de São Paulo, 15 jan. 2008, Mais 2 hospitais de SP funcionam sem aval dos bombeiros, Caderno Cotidiano).

NOTÍCIA 40

Em uma escala de 0 a 1, a rede hospitalar brasileira - pública e privada - recebeu nota 0,34, de acordo com estudo divulgado anteontem em São Paulo por especialistas do Banco Mundial. Para eles, as instituições de saúde são ineficientes, caras e gerem mal os recursos públicos, o que encarece os custos. (...) O relatório defende que o modelo hospitalar seja reformado e diz que não adianta criar mais fontes de recursos, mas, sim, gastar bem o dinheiro. A referência foi à CSS (Contribuição Social para a Saúde), a nova CPMF aprovada pela Câmara. (Folha de São Paulo, 14 jun. 2008, Saúde: Hospitais do Brasil são ineficientes, diz Banco Mundial, Caderno Cotidiano).

Nesses trechos, podemos perceber a legitimação dos atores convidados a emitir suas avaliações sobre as ações do SUS, a partir da explicitação da categoria profissional dos

falantes que criticam, que são, como pudemos observar, uma médica (notícia 38), um consultor da ONA (notícia 39) e especialistas do Banco Mundial (notícia 40).

Na notícia 38, a especialista entrevistada constrói uma imagem de total incompetência do governo ao utilizar as expressões “não tem cabimento” e “isso é um papo idiota”, ressaltando a incoerência e a falta de conhecimento, respectivamente. Além do uso desses termos, ela faz uma construção da legitimidade de quem poderia combater o tabagismo, partindo da noção de que quem conhece o funcionamento dos receptores cerebrais bem como do nervosismo e da ansiedade não recomenda “chupar balas” ou “respirar fundo” para um fumante. E conclui que, se essas são recomendações do Ministério da Saúde, logo ele não conhece o funcionamento dos receptores cerebrais e, portanto, não tem competência para combater o tabagismo.

O mesmo ocorre na notícia 39 em que a competência dos gestores é totalmente colocada em questão quando o especialista em acreditação de qualidade hospitalar afirma que “no Brasil, as coisas só melhoram após tragédias”, esperando que com o incêndio ocorrido no HC de São Paulo os gestores “acordem” e resolvam o problema de segurança nos hospitais. Com isso generaliza-se uma falha na segurança do HC como um comportamento típico dos gestores brasileiros, entendendo-se que no Brasil não há ações voltadas para o planejamento da segurança, sendo comum ações de correção apenas após as tragédias terem se consumado.

Também de forma semelhante, na notícia 40, os especialistas do Banco Mundial afirmam ainda que, além de ineficientes, as instituições brasileiras “gerem mal os recursos públicos” encarecendo os custos. Essa crítica é então estendida à proposta de criação da CSS pelo governo, ressaltando que a solução para os problemas não é aumentar a verba para saúde, mas resolver a falta de competência para administrar os recursos existentes. Deste modo, ocorrem duas críticas à atuação do governo, simultâneas e relacionadas: a primeira, com relação à ineficiência na administração dos hospitais e na gestão dos recursos financeiros; e a segunda,

relacionada à proposta de criação da CSS, que também é considerada um erro, já que não resolverá o problema da má administração dos hospitais.

Nesse sentido, a incompetência do governo é avaliada, explicada e atestada por diferentes especialistas, legitimados na função de avaliar e criticar a situação do sistema de saúde brasileiro e a partir disso, a ação dos gestores. Os entrevistados são revestidos de poder e autoridade sobre o assunto, afastando a possibilidade de questionamento quanto as interpretações por eles expressas. Ao serem descritos a partir de suas referências profissionais, eles tomam para si o prestígio do conhecimento científico e das associações a que estão vinculados e suas falas deixam de ser consideradas apenas uma versão dos fatos para serem, então, consideradas a versão mais bem informada sobre a realidade. Deste modo, a incompetência do governo se torna inquestionável, já que atestada por pessoas aptas e acima de qualquer suspeita.

4.2.4 - A personalização do governo: interesse e vontade política

Encontramos ainda, nos textos analisados, a forte personalização dos governantes, bem como a construção da vontade e do interesse político dos gestores para justificar suas ações ou mesmo alguma falha do sistema, contribuindo para a construção da (in)competência do governo. Essa estratégia é, então, tipicamente caracterizada pela associação da responsabilidade pública às motivações, desejos, querereres e afetos das pessoas que ocupam cargos públicos de governo, o que podemos ver nos trechos seguintes:

NOTÍCIA 41

(...) A Secretaria da Saúde de Cuiabá informou, por meio de sua assessoria de imprensa, que Soares "queria atender" a liminar e chegou a encaminhar um "pedido de ajuda" ao juiz, sugerindo que a ordem de realização da cirurgia fosse estendida aos hospitais (...) (Folha de São Paulo, 25 set. 2008, *Cirurgia deixa de ser feita e secretário é preso*, Caderno Cotidiano).

NOTÍCIA 42

Serra quer banir fumo de ambiente fechado (Folha de São Paulo, 29 ago. 2008, *Serra quer banir fumo de ambiente fechado*, Caderno Cotidiano).

NOTÍCIA 43

O presidente Luiz Inácio Lula da Silva cobrou ontem, em seu programa semanal de rádio, um maior engajamento de prefeitos no combate à dengue. (...) "Cada prefeito precisa assumir a responsabilidade de cuidar, com muito carinho, da sua rua, do seu bairro, da sua vila e da sua cidade", disse no "Café com o Presidente". (...) (Folha de São Paulo, 15 abr. 2008, No rádio: Presidente cobra ação de prefeitos no combate à dengue, Caderno Cotidiano).

NOTÍCIA 44

(...) Embora louváveis, sem recursos financeiros e vontade política dos gestores de saúde, as medidas para incentivar o parto humanizado correm o risco de não chegarem à vida real do SUS. (...) (Folha de São Paulo, 23 jul. 2008, Análise: A vida real do SUS e o "parto humanizado", Caderno Cotidiano).

NOTÍCIA 45

(...) No instituto, terei uma importante função de ensino, formação de oncologistas, enfermeiros, terapeutas ocupacionais, fisioterapeutas e profissionais voltados ao tratamento do câncer. Além disso, quero fazer uma grande área de pesquisa: pesquisas clínicas sobre novas drogas, novos tratamentos, comparação entre tratamentos tradicionais, novas técnicas cirúrgicas. (...)

FOLHA - O instituto já começará a funcionar logo após a inauguração?

BARRADAS - Vai funcionar parcialmente. O prédio inteiro está pronto, mas eu preciso formar as equipes, treinar as pessoas, estabelecer as rotinas. (...)

FOLHA - A radioterapia do HC também será transferida ao instituto?

BARRADAS - Uma parte dos profissionais vai para lá. O serviço de radioterapia não, porque exigiria destruir a casamata [sala especial que isola a radiação], o que não vale a pena. Vou ter duas radioterapias. (Folha de São Paulo, 19 abr. 2008, Entrevista - Luiz Roberto Barradas Barata: Meta do Instituto do Câncer é ser como InCor, diz secretário, Caderno Cotidiano).

Tal como pudemos observar, nas notícias 41 e 42 ocorre a utilização do verbo “querer”, relacionando as ações dos gestores aos seus desejos e vontades, ocorrendo a forte personalização das ações de saúde nos gestores.

Assim, o secretário de saúde, ao ser preso porque um procedimento cirúrgico necessário a um usuário não foi realizado no SUS, disse que “queria atender” a ordem judicial que recebera para fazer o procedimento (notícia 41) e ao governador José Serra é atribuída a vontade de banir o fumo no estado, a partir da manchete da notícia que afirma “Serra quer banir fumo de ambiente fechado” (notícia 42).

Nesse sentido, as notícias 43 e 44 também constroem a vontade do governo a partir do apelo ao “engajamento” e ao “carinho”, feito pelo presidente na notícia 43, bem como a partir

da expressão “vontade política”, apontada no trecho 44, como o principal fator que poderia fazer valer as medidas para incentivar o parto humanizado, já que sem ela e sem recursos financeiros, as medidas legais não chegariam à prática.

Na notícia 45, também podemos ver com grande clareza a construção da vontade e personalização do secretário municipal de saúde de São Paulo, que além de utilizar o verbo “querer” ao dizer “quero fazer uma grande área de pesquisa”, diz ainda “terei uma importante função de ensino”, “eu preciso formar as equipes” e “vou ter duas radioterapias”, construindo não só a vinculação de sua imagem com o Instituto do Câncer, mas também a noção de propriedade.

Essa forma de explicar a ação do governo promove a vinculação das ações em saúde ao interesse político e à vontade de alguns governantes, que especificados e nomeados, são descritos não apenas como responsáveis, mas como se fossem os proprietários de determinados serviços ou ações do SUS ou dos territórios nos quais governam. Essa construção das noções de vontade e de propriedade inserem questões pessoais no funcionamento do SUS, vinculando-o a uma pessoa gestora ou personalidade política, desconsiderando todo o aparato de controle da gestão e participação existente. Com isso, essa estratégia não promove a divulgação do SUS como patrimônio público, aspecto que foi enfatizado na XII e XIII Conferências Nacionais de Saúde como importante para incentivar a participação popular na efetivação do SUS.

Além disso, a construção da vontade política traz como consequência uma compreensão limitada das políticas e serviços de saúde como estando descoladas e independentes de qualquer outro fator, tanto econômico quanto social. Com isso ocorre uma simplificação, não sendo explicadas ao leitor as razões ou o encadeamento de acontecimentos que geraram as decisões noticiadas, já que essas são atribuídas, simplesmente, à vontade ou falta de vontade do governo.

Assim, a personalização e construção da vontade do governo promovem o entendimento de que os problemas do SUS são seus governantes, ressaltando que os feitos na saúde são decorrentes de políticas de governo e não de Estado. E assim, a competência/incompetência do governo é justificada pela vontade política deste ou daquele governante.

4.2.5 – O foco no tempo: a omissão e morosidade do governo

Ainda contribuindo para a construção da (in)competência do governo, encontramos o foco no tempo ao noticiar alguma ação no campo da saúde, o que constrói os sentidos de omissão e de morosidade do governo. Assim, essa estratégia é sinalizada pelo uso de recursos linguísticos que destacam o tempo transcorrido entre o governo saber de um problema ou necessidade e resolvê-lo, bem como pela apresentação de argumentos que confirmam que o governo sabia há muito tempo de algum problema, mas ainda não fez o suficiente para resolvê-lo:

NOTÍCIA 46

Sete anos após a lei da reforma psiquiátrica ser sancionada, só um terço dos leitos psiquiátricos foi desativada no Brasil. A reforma é defendida por movimentos de luta antimanicomial, que há 20 anos pedem o fim de práticas como enclausuramento e torturas em hospitais psiquiátricos brasileiros. (...) (Folha de São Paulo, 18 mai. 2008, Redução de leitos psiquiátricos é lenta, Caderno Cotidiano).

NOTÍCIA 47

Há pelo menos um ano a Anvisa (Agência Nacional de Vigilância Sanitária) tem informações de que um dos produtos mais usados na desinfecção de equipamentos hospitalares não está sendo eficaz no combate ao tipo de micobactéria responsável pela maioria das infecções que ocorrem no país. (...) O alerta, porém, só foi dado na última sexta-feira. Em nota técnica, a Anvisa relata que há "indícios de resistência" da micobactéria massiliense em relação ao glutaraldeído a 2% e sugere que as unidades de saúde, por medida cautelar, esterilizem seus equipamentos com outros métodos. (...) (Folha de São Paulo, 13 ago. 2008, Anvisa sabia que bactéria era resistente desde 2007, Caderno Cotidiano).

NOTÍCIA 48

Quase três anos após anunciar que o país teria um programa de saúde masculina, o governo Lula volta ao mesmo tema e lança no próximo dia 11 de agosto a "Política Nacional de Saúde do Homem". (...) (Folha de São Paulo, 22 jun. 2008, Após 3 anos, campanha vai focar saúde do homem, Caderno Cotidiano).

NOTÍCIA 49

Após quatro anos de discussões, o Ministério da Saúde concluiu a primeira política de genética clínica do SUS, que promete incluir exames e aconselhamento genético na rede de saúde a partir de 2009. (...) O governo diz que garantirá mais recursos para o diagnóstico e tratamento de defeitos congênitos, além de aconselhamento da equipe médica e dos pais para prevenção de novos casos. (...) Mas, na prática, os R\$ 3 milhões inicialmente previstos para a política estão muito aquém das necessidades, segundo a Sociedade Brasileira de Genética Médica (SBGM). (...) (Folha de São Paulo, 05 dez. 2008, SUS terá exame genético em 2009, Caderno Saúde).

Na notícia 46, o número de redução de leitos psiquiátricos no país é apresentado com o advérbio “só”, o que constrói a noção de que o número está abaixo do esperado. Além disso, essa afirmação é seguida de outra que diz que “há 20 anos” o movimento antimanicomial pede “o fim de práticas como enclausuramento e torturas em hospitais psiquiátricos”, o que constrói o sentido de que ainda não se conseguiu acabar com as práticas de enclausuramento e torturas nos hospitais psiquiátricos do país. Esses recursos sinalizam para a morosidade na diminuição dos leitos e para a omissão, na suposta permanência de práticas de tortura e enclausuramento nos serviços de saúde mental.

Recursos semelhantes são utilizados na notícia 47 quando é afirmado que “há pelo menos um ano” a ANVISA tinha conhecimento de que um produto largamente utilizado na desinfecção hospitalar não estava sendo eficaz, mas que o alerta “só foi dado na última sexta-feira”. Com o uso da expressão “há pelo menos um ano” e do advérbio “só”, destaca-se o tempo transcorrido para que se tomasse uma atitude, além da expectativa de que o alerta tivesse sido feito antes.

Nas notícias 48 e 49 também há semelhanças no uso de recursos linguísticos que destacam o tempo e constroem a morosidade do governo.

A notícia 48 enfatiza que somente após três anos o governo cumpre o que prometeu, lançando a Política Nacional de Saúde do Homem, ressaltando a demora com a preposição “após” e trazendo ainda a consideração de que o governo “volta ao mesmo tema”, como se após três anos, esse tema já não fosse mais relevante.

De modo parecido, a notícia 49 é iniciada com a afirmação de que “após 4 anos de discussões” o governo concluiu a política de genética clínica do SUS, construindo o sentido de que se passou muito tempo desde que o governo começou a discutir a política. Em seguida, é apresentada a afirmação de que o governo disse que aumentará os recursos investidos na área, mas que o montante previsto, está “muito aquém das necessidades”, de acordo com a Sociedade Brasileira de Genética Médica. Com isso, a noção de morosidade, construída na primeira frase, soma-se a noção de omissão gerada com a afirmação de que, mesmo depois de tanto tempo, os recursos estão muito longe do necessário de ser investido na área.

Nessas duas notícias, 48 e 49, é interessante observar que o destaque dado ao tempo para que as políticas de saúde, tanto a genética quanto a da saúde do homem, fossem configuradas, é feito de maneira pejorativa, ressaltando o tempo transcorrido como naturalmente um sinal de morosidade dos gestores. Entretanto, nenhuma das duas notícias esclarece que as ações de saúde são previstas em um plano plurianual, com duração de quatro anos, tal como explicamos no primeiro capítulo e, de acordo com esse referencial, é plausível que se leve o tempo de até quatro anos para se cumprir o que foi previsto no plano.

Assim, o uso dos recursos linguísticos “após”, “há x anos” e “só”, constroem a noção de demora para que as ações acontecessem. Essa construção se dá de maneira simplificada e descontextualizada, pois o tempo demandado não é explicado e nem relacionado a nenhum referencial que ateste a demora. Isto é, ao falar do tempo, as notícias não o tratam como um conceito relativo que deve ser medido em comparação ou a partir de alguns critérios. Deste modo a estratégia de foco no tempo cumpre a tarefa de falar sobre os prazos, mas o faz naturalizando a demora, de forma a evitar falar e discutir o tempo e os prazos das políticas públicas de saúde da maneira complexa como é essa temática. A partir disso, um senso de imediatismo é promovido, já que qualquer tempo demandado para construção e efetivação de

ações em saúde é tomado como morosidade e/ou omissão dos governantes, o que os caracterizam como incompetentes.

Completando as noções de ineficácia do SUS e de (in)competência do governo, delimitamos também, em nossa análise, a (in)determinação da inserção do usuário no Sistema, tópico que será apresentado a seguir.

4.3 - A (in)determinação da inserção do usuário

Nas notícias analisadas encontramos uma tensão no tocante a como o usuário⁸ do SUS se relaciona com o sistema, sendo determinados alguns tipos de participação, em alguns momentos e, em outros, não ficando claro o que o usuário do sistema recebe dele e nem mesmo o que esse usuário pode fazer pelo sistema. A esse processo de significação, chamamos de (in)determinação da inserção do usuário.

Assim, a questão de como o usuário se relaciona com o SUS depende de se levar em conta que tipo de serviços as pessoas utilizam e também de que modo as pessoas podem participar no sentido de melhorar os serviços de saúde que recebem do SUS.

Pudemos delimitar três estratégias de inserção do usuário no sistema, na forma como noticiada pelo jornal, que chamamos de: Despolitização; Politização limitada e Judicialização. A seguir, então, trataremos de cada uma delas, separadamente.

4.3.1 – A despolitização do usuário

Nos textos analisados, encontramos uma forma de descrição da inserção do usuário no sistema caracterizada pela despolitização, na qual o usuário é delimitado como um sujeito que apenas usa os serviços do SUS, de maneira descomprometida com o sistema, ou como um sujeito que deveria participar nos cuidados a sua saúde.

⁸ Apesar das críticas que podemos fazer às implicações do seu uso, optamos por utilizar o termo “usuário” porque este é adotado nos documentos oficiais do SUS.

Assim, o usuário que apenas usa o SUS se relaciona com o sistema a partir do uso dos serviços, havendo a ênfase nas necessidades médicas dos usuários e na utilização de diferentes serviços. Ocorre ainda uma distinção dos usuários relacionada ao tipo de serviço que utilizam, o que vai de encontro à noção de universalidade, presente nas diretrizes do SUS.

Deste modo, encontramos a consideração de completa dependência de determinada parcela da população pelos serviços de assistência à saúde oferecidos pelo SUS, pois é considerado que ela tem no SUS sua única fonte de cuidado a saúde. Por outro lado, existe outra parcela da população que é usuária dos planos de saúde, mas faz uso de alguns serviços do SUS para complementar o que não é oferecido pelo plano de saúde privado, como se o SUS é que fosse suplementar aos planos de saúde privados.

É considerado, ainda, que a parcela completamente dependente do SUS é também a parcela mais pobre da sociedade brasileira, já que são as classes média e alta que podem ter acesso aos planos de saúde e por isso não precisam buscar todos os serviços curativos no SUS, tal como podemos observar a seguir:

NOTÍCIA 50

(...) enquanto a medicina foi se tornando mais complexa e mais onerosa, a população com planos de saúde representa uma minoria, ficando mais de dois terços dos brasileiros dependentes exclusivamente dos serviços públicos. (...) (Folha de São Paulo, 08 abr. 2008, Cláudio Lottenberg: Para não ser apenas mais um hospital, Caderno Opinião).

NOTÍCIA 51

Ao menos 54 mil pessoas com diagnóstico de câncer no país estão em filas de espera para a radioterapia, segundo dados do Ministério da Saúde. Dessas, 32,4 mil dependem do SUS (Sistema Único de Saúde). O restante são usuários de planos e convênios de saúde. (...) (Folha de São Paulo, 25 mar. 2008, 54 mil com câncer esperam por radioterapia, Caderno Cotidiano).

NOTÍCIA 52

(...) O Brasil oferece uma saúde pobre para os pobres. Em vez de políticas estruturantes que garantam a cidadania, são ofertados paliativos para calar os mais humildes. A classe média é forçada a se escorar na saúde suplementar, custeada com muito sacrifício, enquanto aos mais pobres se oferece uma saúde nos moldes do Bolsa Família, assistencialista, paliativa, para calar as consciências de pessoas que se contentam com muito pouco, não são cidadãos. A saúde não é prioridade política. (...) Um pacote de incentivo à indústria e à exportação, de R\$ 21 bilhões, é investimento

(...) Enquanto isso, a saúde de 140 milhões de brasileiros - que dependem do SUS - fica para depois. (...) Vamos tirar a máscara daqueles que se arvoram em defensores do social e dos pobres. (...) (Folha de São Paulo, 03 jun. 2008, Rafael Guerra: SOS saúde, Caderno Opinião).

NOTÍCIA 53

“(...) Como os dirigentes não usam o sistema público, têm seus planos e seguros de saúde, eles ficam mais distantes. Se todos nós, dirigentes, políticos, deputados, senadores e ministros, fôssemos obrigados a usar o SUS, o sistema público estaria em melhores condições. (...)

Folha - o senhor usa o SUS? Temporão – Até uso. Como sou médico, acabo sendo atendido por colegas.” (Folha de São Paulo, 28 abr. 2008, Saúde está subfinanciada, admite Temporão, Caderno Cotidiano).

NOTÍCIA 54

Para o médico Gilson Carvalho, especialista em saúde pública, falta dinheiro ao SUS (Sistema Único de Saúde) porque as classes mais ricas pensam que não precisam dele. São tarefas do SUS o controle de doenças e a vigilância sanitária (fiscalização de medicamentos, alimentos, hospitais e restaurantes). Os procedimentos de hemodiálise, os transplantes de órgãos e a distribuição das drogas de Aids também são pagos pelo sistema público. "O SUS, ainda que não seja, fica quase classificado como um sistema de saúde de pobres. Falta pressão da classe média e da classe rica em defesa do sistema", diz Carvalho. (...) (Folha de São Paulo, 28 abr. 2008, Para médico, ricos têm visão equivocada de que não precisam do sistema público, Caderno Cotidiano).

Podemos perceber, então, que nas notícias 50 e 51 é feita a diferenciação na população dos que dependem “exclusivamente dos serviços públicos” (notícia 50) ou “dependem do SUS” (notícia 51) e dos que “são usuários de planos de saúde” (notícia 51), representando “uma minoria”, tal como atesta a notícia 50.

A notícia 52 completa essa construção, na medida em que caracteriza quem são essas pessoas que utilizam plano de saúde e quem são os usuários dependentes do SUS. Nessa notícia é afirmado que o SUS é destinado aos “pobres” e “mais humildes”, enquanto que a classe média é a parcela da população que pode custear um plano de saúde.

Na notícia 53, a distinção dos usuários pelos serviços é enfatizada pela noção de que os usuários do SUS são pessoas que utilizam os cuidados de assistência curativa à saúde, construída quando o ministro afirma que “até” é usuário do SUS, porque acaba “sendo atendido por colegas”.

Já na notícia 54, podemos ver a noção de que todas as pessoas, de todas as classes sociais, deveriam se sentir usuárias do SUS, pois mesmo as usuárias de planos de saúde utilizam serviços como hemodiálise, transplantes de órgãos, distribuição de drogas para tratamento da AIDS, controle de doenças e vigilância sanitária.

Essa diferenciação entre usuários, portanto, se baseia no critério da utilização de serviços de assistência à saúde exclusivamente do SUS ou na utilização dos serviços de planos de saúde privados, fazendo o uso esporádico desses serviços no SUS. Assim, quem tem plano de saúde é considerado usuário do SUS porque utiliza alguns serviços específicos, listados na notícia 54. Essa diferenciação entre usuários a partir da explicação de quais serviços cada um utiliza, se choca com a noção de usuário universal, já que é dada como plausível a idéia de que se pode morar no Brasil e não ser usuário do SUS.

A partir disso, fica delimitada a inserção do usuário do SUS pelo uso dos serviços de atendimento e cuidado, baseada em suas necessidades e condições econômicas, sendo pouco considerada a possibilidade de participação no sentido de melhorar o SUS. Além disso, ocorre também, a distinção da forma de participação a partir da classe social a qual as pessoas pertencem. Tal como pudemos perceber na notícia 52, é dito que os usuários do SUS, sendo “pobres”, são “pessoas que se contentam com muito pouco, não são cidadãos”, construindo a noção de que esses usuários, além de dependentes, são completamente passivos com relação ao sistema, não sendo capazes de exercer a cidadania. De modo contrário, a notícia 54 afirma que as classes média e alta, por utilizarem apenas alguns serviços, pensam que não utilizam o SUS e por isso, não “defendem” o sistema, considerado de “pobre”.

Essa noção é construída também na notícia 53, em que o ministro da saúde afirma que se todos os dirigentes fossem “obrigados a usar o SUS”, o sistema estaria melhor, pela pressão política que essas pessoas fariam em favor do sistema.

Isso nos faz pensar que a participação das pessoas no SUS é considerada tarefa das camadas médias e altas, pois essas pessoas é que têm poder político e legitimidade para lutarem e melhorarem o sistema, mesmo que elas não exerçam esse poder, ao contrário das “pobres” e completamente dependentes do sistema, que são descritas como não cidadãs, completamente passivas e incapazes de exercerem seus direitos.

É importante ressaltar que, mesmo quando se considera a possibilidade de participação das classes média e alta, não são explicitados os caminhos possíveis para essa participação, havendo apenas a afirmação genérica de que as pessoas “mais ricas” poderiam lutar pelo sistema.

Outra forma de inserção do usuário que encontramos pautada na despolitização do usuário é a participação nos cuidados à saúde. Esse tipo de participação caracteriza-se pelo foco no corpo biológico e no cuidado de si no tratamento e prevenção de doenças, significando assim uma participação não politizada e individual, já que é feita pelo indivíduo e voltada para o indivíduo. Além disso, caracteriza um descuido do usuário com sua saúde, pois o usuário deveria participar nos cuidados a sua saúde, mas não participa de maneira satisfatória, tal como podemos conferir nos trechos:

NOTÍCIA 55

(...) Alardeia-se que as mortes no Rio foram mortes anunciadas. Que elas não tenham sido em vão. Que ensinem aos governos a importância da prevenção contínua; aos médicos, a necessidade de treinamento, e à população, a tarefa diária de combater os criadouros do mosquito, que deve ser tão cotidiana quanto levantar e escovar os dentes. (Folha de São Paulo, 05 abr. 2008, Cláudia Collucci: Aprendendo com a dengue, Caderno Opinião).

NOTÍCIA 56

Hoje, véspera do dia nacional de vacinação contra a paralisia infantil (ou poliomielite), a Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo divulga uma pesquisa que mostra que os pais "relaxam" na imunização quando os filhos já não são bebês. Enquanto 99% das crianças menores de um ano foram vacinadas contra a paralisia infantil no ano passado, o índice foi de 85% no caso das crianças com idade entre um e cinco anos. (...) (Folha de São Paulo, 13 jun. 2008, Pais deixam de vacinar crianças mais velhas contra pólio, Caderno Cotidiano).

NOTÍCIA 57

(...) A intenção do Ministério da Saúde é criar entre os homens a cultura da prevenção, o que não ocorre hoje. "O homem só procura o médico quando está doente. Ainda assim, só vai porque a mulher leva", diz o sexólogo Ricardo Cavalcanti, coordenador da área técnica da saúde do homem do ministério. (...) (Folha de São Paulo, 22 jun. 2008, Após 3 anos, campanha vai focar saúde do homem, Caderno Cotidiano).

NOTÍCIA 58

Cerca de 10% dos pacientes com tuberculose abandonam o tratamento no Estado de São Paulo, segundo levantamento realizado pela Secretaria Estadual da Saúde referente ao ano de 2006. (...) Segundo a diretora da divisão de tuberculose da secretaria, Vera Galezi, muitos pacientes deixam de tomar os remédios receitados após os primeiros 15 dias de tratamento, quando já acontece uma melhora no quadro clínico. (...) (Folha de São Paulo, 24 mar. 2008, 10% dos pacientes com tuberculose deixam tratamento, Caderno Cotidiano).

Tal como podemos perceber esse tipo de participação diz respeito a comportamentos individuais, como adoção de hábitos saudáveis ou adesão ao tratamento, prevenção e/ou vacinação, participações bastante concretas e individualizadas, ou seja, baseadas em ações que podem ser verificáveis pela pessoa e voltadas para o seu próprio bem estar. Além disso, trata do descuido dos usuários com a sua saúde. Na notícia 55, frente ao problema do grande número de mortos pela dengue, considera-se a pouco empenho da população na participação no combate aos criadouros do mosquito transmissor; na notícia 56, a participação é considerada como adesão à campanha de vacinação pelos pais, que têm “relaxado” e deixado de levar as crianças mais velhas para serem vacinadas; na notícia 57, essa participação voltada ao cuidado da saúde visando à prevenção será fomentada nos homens, que procuram o sistema apenas quando estão doentes; e finalmente, na notícia 58, a participação no tratamento da tuberculose é considerada, pois ela tem se mantido como uma grave doença no país porque as pessoas abandonam o tratamento ao sentirem a melhora dos sintomas da doença.

Assim, a participação nos cuidados a saúde é um tipo de participação despolitizada porque é limitada ao cuidado de si mesmo, não se voltando para o bem coletivo e/ou para questões relacionadas ao sistema como um todo. É interessante ainda observar que essa despolitização está associada a uma crítica à forma das pessoas se cuidarem, que não realizam

os cuidados recomendados pelas autoridades, não sendo competentes para administrar a própria saúde. Nesse sentido, para além da falta de incentivo à participação politizada, essa estratégia sugere uma necessidade de controle da população, de modo a habilitá-la a cuidar de sua própria saúde.

A partir disso, ocorre uma limitação na forma de inserção do usuário à utilização dos serviços, numa via de mão única, pois as pessoas usam os serviços e nada podem fazer pelo Sistema, falhando até mesmo como colaboradores no cuidado de si. Havendo essa limitação, consideramos que ocorre o silenciamento de outras formas de participação, tal como o controle social como ferramenta de atuação política em favor do SUS. A vinculação da inserção do usuário apenas como um sujeito que necessita de cuidados de saúde coloca o usuário numa posição passiva e descompromissada, já que sua atuação no serviço se assemelha a uma relação de contratação de serviços quaisquer, em que o sujeito pode solicitar um cuidado, ser atendido, colaborar (ou não) com esse cuidado e, com isso, é finalizada a relação. Assim, não há vínculo do usuário com o sistema e nem inclusão deste como parte importante para implementação do SUS, numa ação coletiva e política.

4.3.2 – A participação politizada, mas limitada

A participação politizada dos usuários no Sistema diz respeito à participação no sentido de melhorar o SUS por meio de diferentes caminhos: o primeiro sendo um espaço consentido, caracterizado por uma participação pontual, na qual os usuários são mais passivos; e o segundo sinalizando para uma participação organizada, contínua e ativa, mas distanciada do leitor, na medida em que é vinculada com determinados setores da sociedade ou a determinados temas específicos, não ficando claro o caminho para essa participação. Assim temos, respectivamente, a participação via eleição e/ou consulta pública, e a participação via protestos ou Conselhos de Saúde.

A participação dos usuários como eleitores ou via consulta pública diz respeito a ações pontuais de avaliação dos serviços, com a possibilidade de proposição de algumas medidas, no caso da consulta pública. Deste modo, a avaliação visa à aprovação ou não da gestão deste ou daquele ator político, com foco nas eleições ou, no caso da consulta pública, na avaliação de propostas regulatórias, como nos mostram os trechos a seguir:

NOTÍCIA 59

A saúde continua sendo considerada o principal problema do país e como área de pior desempenho do governo do presidente Luiz Inácio Lula da Silva. Um quarto (25%) dos brasileiros afirmam espontaneamente que esse é o principal problema nacional, revela pesquisa Datafolha realizada entre os dias 25 e 28 de novembro. (...) (Folha de São Paulo, 05 dez. 2008, Saúde é o principal problema do país para 25% da população, Caderno Brasil).

NOTÍCIA 60

(...) A nota que a entidade [CNBB] emitiu faz menção, ainda, às eleições municipais deste ano, ao pedir que, na hora de votar, moradores do Estado do Rio "tenham em mente a dor dos que procuram inutilmente o atendimento médico, a situação lamentável dos que moram no meio de insalubridade estrutural e, acima de tudo, as lágrimas dos que ficam marcados pela saudade daqueles que a dengue levou do nosso convívio". (...) (Folha de São Paulo, 12 abr. 2008, Rio e União foram ineficientes na prevenção, diz CNBB, Caderno Cotidiano).

NOTÍCIA 61

(...) O novo rol de procedimentos determina que os planos cubram seis consultas de nutrição por ano, seis sessões de terapia ocupacional, 12 de psicoterapia e seis de fonoaudiologia. (...) A lista foi montada com o apoio de uma consulta pública feita no site da ANS em 2007. A agência recebeu cerca de 30 mil contribuições de operadoras e de outras entidades. A participação de pessoas físicas também foi grande - 71% das correspondências recebidas. (Folha de São Paulo, 11 jan. 2008, Planos de saúde terão de pagar psicoterapia, Caderno Cotidiano).

NOTÍCIA 62

Por meio de consulta pública iniciada no último dia 25, a Anvisa (Agência Nacional de Vigilância Sanitária) recomendou o banimento do país da cihexatina, princípio ativo usado na fabricação de agrotóxicos utilizados principalmente na citricultura. Sugestões à proposta da agência poderão ser feitas até 25 de agosto. (...) (Folha de São Paulo, 29 jul. 2008, Saúde: Anvisa propõe banir agrotóxico usado na cultura de laranja, Caderno Cotidiano).

A notícia 59 relata a avaliação ruim do SUS feita por “25% dos brasileiros”, não especificados, sinalizando para uma concepção de que qualquer brasileiro pode avaliar a saúde pública. Além disso, o foco está na avaliação genérica e generalizada de todos os

serviços do sistema, via atribuição de nota ao governo. Neste caso, novamente é forte a noção de que o cuidado à saúde diz respeito a uma política de governo e não de Estado, pois ao se avaliar a saúde, não se avalia a política de saúde, mas sim o desempenho do atual governo federal.

Essa noção fica mais clara na notícia 60, em que a CNBB recomenda a população do Rio de Janeiro a se lembrar das dificuldades encontradas com relação à saúde, no momento de votarem nas eleições municipais daquele ano.

Já na notícia 61 temos a apresentação dos novos procedimentos incluídos como obrigatórios de serem prestados pelos planos de saúde privados, elaborados a partir de consulta pública aberta às entidades interessadas e à população.

A notícia 62 também relata a execução de uma consulta pública para fechar a determinação de banimento de um agrotóxico utilizado na agricultura no país.

Assim, a participação popular como eleitores ou como “consultores” é considerada com a função de julgar a atuação ou as proposições dos governantes, sendo o foco nas eleições pautado na manutenção ou não do governante no poder. Nesse sentido, ambos os espaços de participação são consentidos, já que são abertos pelo governo para participação do usuário, que é colocado numa posição passiva, de quem está à espera de espaços ou oportunidades para participação. São, também, avaliações pontuais, pois se focam em âmbitos que estão abertos à discussão no momento, não podendo ser estendidas a outras questões ou problemas identificados pelos usuários.

Com isso, ocorre mais uma vez o silenciamento do controle social, já que a participação cotidiana, estudando as necessidades e demandas sociais para proposição de questões, não é considerada.

A participação via protestos ou Conselhos de Saúde, por sua vez, diz respeito a uma participação mais organizada, ativa e contínua, pois está ligada à exigência de direitos a partir

de ações coletivas e voltadas a um bem coletivo. Entretanto, a participação do usuário via protestos foi encontrada circunscrita a protestos de índios contra a Funasa e a participação via Conselhos de Saúde foi apenas mencionada em algumas notícias, sendo muito pouco explorada e limitada a alguns temas que estavam em voga, tal como podemos ver a seguir:

NOTÍCIA 63

Cerca de 600 índios das etnias guarani e caingangue bloquearam ontem dois trechos da BR-373, entre as cidades de Mangueirinha (387 km de Curitiba) e Pato Branco (440 km da capital). (...) Eles protestam contra a falta de pagamento da locação de 33 automóveis usados no transporte das equipes médicas pelas 45 aldeias das duas etnias no Paraná. Para restabelecer o serviço, é preciso o repasse de R\$ 320 mil por parte do governo federal. (...) (Folha de São Paulo, 12 jun. 2008, Paraná: Índios bloqueiam rodovia em protesto por verbas para saúde, Caderno Brasil).

NOTÍCIA 64

(...) O Conselho Estadual de Saúde de São Paulo é oficialmente contrário à terceirização dos hospitais. "Uma empresa contratada só vai fazer as coisas para as quais foi paga. Passou daquilo, ela não faz. E a população fica prejudicada. Não existe o comprometimento do setor público", diz o conselheiro Paulo Malta de Carvalho Filho. (...) (Folha de São Paulo, 28 jun. 2008, Sob críticas, terceirização de hospitais públicos faz 10 anos, Caderno Cotidiano).

NOTÍCIA 65

Por 38 votos a 1, o CNS (Conselho Nacional de Saúde) decidiu ontem apoiar a realização de pesquisas com células-tronco embrionárias humanas, cuja legalidade está sendo questionada por ação que tramita no STF (Supremo Tribunal Federal). Composto por representantes de entidades de classes, trabalhadores e usuários do SUS, o CNS é responsável pelo acompanhamento das políticas públicas de saúde. (...) (Folha de São Paulo, 18 abr. 2008, Conselho pede que Supremo permita uso de embriões, Caderno Ciência).

NOTÍCIA 66

(...) A emenda 29, de 2000, fixou regras ao valor que Estados e cidades gastam em saúde, mas deixou para lei complementar a definição de que ações e serviços públicos podem ser considerados gasto em saúde. Há só uma resolução do Conselho Nacional de Saúde, editada em 2003, insuficiente para impor regras e punir infratores. (Folha de São Paulo, 11 jun. 2008, Só 8 Estados e o DF gastam em saúde o que determina a lei, Caderno Brasil).

NOTÍCIA 67

(...) A assessoria citou que a prefeita enfrentou vários problemas na saúde ao assumir o cargo. "Enfrentou e venceu grandes desafios: extinguir o PAS [plano da gestão de Celso Pitta], implantar o SUS, refazer o tecido organizacional (...) construir o processo de participação popular na gestão, com a reconstrução do Conselho Municipal de Saúde, (...) dar vida ao Fundo Municipal de Saúde e aperfeiçoar o controle e a fiscalização de receitas e despesas". (...) (Folha de São Paulo, 12 out.

2008, *outro lado: Petista afirma que aumentou investimentos em saúde e reduziu as taxas de mortalidade*, Caderno Brasil).

Na notícia 63 podemos ver que a participação via protestos está atrelada a um determinado seguimento social, diminuindo assim seu efeito de reforçar a possibilidade do usuário participar do Sistema exigindo seus direitos, bem como de empoderamento dos usuários do SUS de modo geral.

Nas notícias seguintes pudemos perceber que as menções ao controle social ou à atuação dos conselhos de saúde foram vinculadas a alguns temas que estavam em voga, como os contratos de gestão, na notícia 64, pesquisa com células tronco, na notícia 65, a emenda constitucional nº29, na notícia 66, ou ligada a disputa eleitoral, tal como ocorre na notícia 67.

As notícias 64 e 65 falam, respectivamente, da posição contrária do Conselho Municipal de Saúde com relação à transferência de gestão dos serviços do SUS para Organizações Sociais e da posição do mesmo a favor das pesquisas com células tronco, sem entretanto que fique claro o que esse apoio ou essa posição contrária significam para os temas em questão. Além disso, na notícia 65 é afirmado que o Conselho Nacional de Saúde é um órgão responsável pelo “acompanhamento” das políticas de saúde, demonstrando uma simplificação da função do conselho como um órgão que apenas assiste ao que acontece na saúde.

Isso é reforçado na notícia 66 que afirma que, com relação à especificação dos gastos em saúde existe “só” uma resolução do Conselho Nacional de Saúde “insuficiente para impor regras e punir infratores”. A partir disso, consideramos que ocorre a desvalorização da resolução do Conselho, pois é construída a noção de que a resolução seria suficiente se tivesse efeito de lei, ou seja, sendo suficiente para impor regras e punir infratores.

Na notícia 67, encontramos ainda a menção ao controle social por uma candidata a prefeita, que toma para si a responsabilidade de ter constituído “o processo de participação popular na gestão, com a reconstrução do Conselho Municipal de Saúde”, afirmação que vincula a participação popular ao consentimento e atuação do governo, bem como atende aos

preceitos eleitoreiros de valorizar a participação do povo, se configurando em um bom discurso político em época de eleição.

Assim, essas menções apresentadas não divulgam adequadamente para que serve o conselho de saúde, nem mesmo como é possível participar dele. A partir delas ocorre também a desvalorização da sua resolução ao esperar dela os efeitos de determinações legais do poder público, demonstrando uma compreensão equivocada das funções e possibilidade de ação dos Conselhos.

Essa desvalorização do papel do Conselho fica mais clara no trecho seguinte, de uma notícia sobre falhas nas gestões em saúde, em que os planos plurianuais de saúde e relatórios de gestão foram avaliados pelo Tribunal de Contas do Município. Observe que o jornal não menciona o papel do Conselho Municipal de Saúde na elaboração e aprovação desses documentos, bem como na cobrança dos documentos faltosos, funções essenciais dos conselhos de saúde para que as políticas de saúde tenham andamento nos municípios, tal como explicamos no capítulo 1 sobre as funções dos conselhos:

NOTÍCIA 68

*(...) **Receita***

De acordo com o relatório do TCM do ano de 2007, aprovado em julho passado, a gestão de Kassab cumpriu o mínimo constitucional de 15% da receita própria de impostos a ser aplicado em saúde. Mas não conseguiu instituir vários dos instrumentos de planejamento do SUS (Sistema Único de Saúde), previstos desde 2006, como o plano de saúde, a programação anual de saúde e o relatório anual de gestão. Por isso, os auditores concluíram que ficou comprometida a apresentação dos "indicadores do desempenho relativos à qualidade dos serviços públicos no município de São Paulo".

Para o TCM, as metas previstas no PPA (Plano Plurianual) 2006-2009 não foram vinculadas ao Orçamento municipal de 2007, o que "não permite estabelecer vínculo" entre as metas e as ações adotadas.

*(...) **Marta***

Segundo o relatório da gestão de 2004, a exemplo de Kassab, Marta também cumpriu os percentuais mínimos de aplicação na área e teve avanços. Mas errou no planejamento da saúde. Deixou de cumprir importantes metas do PPA. (...) (Folha de São Paulo, 12 out. 2008, outro lado: ELEIÇÕES 2008 / SÃO PAULO: TCM vê falhas nas gestões de Marta e Kassab na saúde, Caderno Brasil).

Assim, consideramos que as menções anteriores bem como a não menção ao conselho de saúde neste último trecho, gera a limitação das possibilidades de participação da população via controle social, gerando o apagamento dele na medida em que não é divulgado como diretriz do SUS e nem é explicado adequadamente sua função e importância para acompanhamento, controle e gestão do SUS de maneira contínua. Vale acrescentar que, em nosso processo de busca e seleção de notícias, não encontramos nenhuma notícia tratando das conferências de saúde, o que reforça essa reflexão sobre o silenciamento do controle social.

4.3.3 - A judicialização da participação do usuário

Outra forma de participação do usuário encontrada nos textos é via ação judicial, um processo que, por um lado, vem confirmar a responsabilidade que o governo tem pelo sistema quando é acionado na justiça para cumprir suas responsabilidades; e por outro lado, é uma forma de participação para exigência de direitos que não fica atrelada a nenhum espaço consentido ou período delimitado, enfatizando a possibilidade do usuário de exigir seus direitos a qualquer tempo:

NOTÍCIA 69

A Prefeitura de Angra dos Reis foi condenada a pagar uma indenização ao filho e aos pais de Aline Tosta da Silva, vítima da epidemia de dengue na cidade fluminense em 2002. O município recorreu. A 15ª Câmara Cível condenou o município a pagar R\$ 150 mil à família por danos morais e uma pensão mensal de R\$ 340 ao filho da vítima, Carlos Eduardo Silva Santoro, 6, até ele completar 25 anos. (...) Em março, os governos municipal e estadual do Rio foram condenados a pagar, no total, R\$ 30 mil por danos morais ao estofador Ozinaldo Felix de Araújo, 44, cuja filha, Daiane Alvez Felix, 13, morreu de dengue hemorrágica em surto da doença em 2002. (Folha de São Paulo, 12 abr. 2008, Filho de vítima da dengue ganha indenização, Caderno Cotidiano).

NOTÍCIA 70

Um casal conseguiu na Justiça o direito de ter as células-tronco do cordão umbilical da filha coletadas pelo SUS (Sistema Único de Saúde) em São José do Rio Preto (438 km de São Paulo). A decisão possibilitará que os pais, que não podem pagar pelo procedimento, guardem as células-tronco da recém-nascida Sara, na tentativa de salvar a vida da irmã, Júlia, 8, que tem leucemia. (...) (Folha de São Paulo, 10 set. 2008, Medicina: Justiça obriga SUS a coletar células-tronco de recém-nascida, Caderno Cotidiano).

NOTÍCIA 71

(...) Autor de análises sobre demandas judiciais por remédios e diretor do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, Scheffer estudou a incorporação de remédios contra a Aids no SUS. "Na imensa maioria dos casos que estudamos, as ações foram propostas por advogados de ONGs (...). Elas foram fundamentais para obrigar o SUS a oferecer os retrovirais." (...) A mesma avaliação faz o médico José Sebastião dos Santos, professor da USP de Ribeirão Preto.(...) "Se a farmácia do município não dispõe, eu oriento a pessoa a procurar o Ministério Público ou Judiciário. Esse é um canal que não se pode abrir mão. É função do profissional de saúde mostrar os caminhos no sentido de cobrar do Estado aquilo que ele tem que oferecer." (...) (Folha de São Paulo, 02 set. 2008, *Para médicos e pesquisadores, fraude é exceção e ações judiciais são necessárias*, Caderno Cotidiano).

Na notícia 69, é relatado que os governos municipais e estadual do Rio de Janeiro foram condenados a pagar indenizações às famílias de duas vítimas fatais da dengue, mostrando uma forma de ação para exigência de direitos que teve sucesso.

Na notícia 70, é contado o caso de um casal que teve garantido o direito de coletar as células tronco de sua filha recém nascida via ação judicial. Assim, da mesma forma como na notícia 69, essa notícia mostra que a participação via ação judicial é possível e gera resultados favoráveis ao usuário.

Assim, nas notícias 69 e 70 a participação do usuário via ação judicial é dada como eficaz, mas muito vinculada à noção de direito individual. Entretanto, essa noção é relativizada na notícia 71 que nos mostra que, a partir da exigência de direitos via ação judicial, tal como foi a exigência dos retrovirais há alguns anos, muitas vezes ocorre o reconhecimento do direito coletivo, na medida em que a exigência na justiça de casos individuais, dá visibilidade a determinadas questões de saúde que se tornam políticas de saúde garantidas por leis.

Desta forma, é reforçada, então, a possibilidade de participação do usuário de modo a exigir seus direitos, não sendo colocado como um sujeito passivo. Entretanto, essa participação, mesmo que possa gerar a garantia de um direito coletivo, não tem uma motivação política direta, já que se foca na busca pelos direitos individuais dos impetrantes que conquistam melhorias que não se estendem, de imediato, a todos os usuários. Assim, o

usuário é constituído como um indivíduo isolado, que busca a melhoria dos serviços de saúde que ele recebe, não se vinculando com o desenvolvimento do SUS de maneira politizada e visando o bem coletivo.

Finalizando nossa análise sobre a construção da crítica ao SUS como prática textual e apresentadas as estratégias discursivas de construção da ineficácia do SUS, (in)competência do governo e (in)determinação da participação do usuário, podemos considerar que esses sentidos não permitem um conhecimento do funcionamento do Sistema de maneira contextualizada, considerando a legislação que o rege, tal como diferentes fontes de financiamento e gestão, suas diretrizes e outros fatores sócio-culturais que afetam profissionais de saúde, usuários, organizações sociais e privadas. Não são oferecidas também informações que habilitem o leitor a considerar-se parte importante do processo de planejamento, gestão, fiscalização e funcionamento do SUS, já que a responsabilidade é fortemente depositada nos gestores.

Assim, consideramos que não é divulgada e, muito menos, valorizada a participação popular via controle social nessas notícias e nem mesmo os profissionais de saúde são citados como responsáveis ou co-responsáveis pelo sistema, o que nos sugere um ocultamento da história e do processo democrático de construção do SUS, no ano em que o SUS completou 20 anos de institucionalização.

Consideramos ainda que essas construções foram influenciadas por questões relativas ao funcionamento do veículo de produção e divulgação dessas notícias. O jornal, sendo um produto a ser vendido, se insere na lógica mercadológica e tem como objetivos atingir maior número de leitores e de venda de exemplares. Esses objetivos são conquistados a partir do noticiamento da novidade e do reconhecimento pelo jornalismo objetivo e pautado na realidade. Assim, características típicas do fazer jornalístico influenciam na construção dos sentidos apresentados até agora.

Deste modo, alguns recursos característicos do fazer jornalístico que encontramos muito frequentemente utilizados na construção dos sentidos apresentados, tais como a sazonalidade na publicação de notícias, o uso de manchetes “bombásticas”, a simplificação e o uso de recursos de visibilidade, serão considerados a seguir, quando focalizaremos o processo de construção da crítica ao SUS sob a lógica da produção de notícias diárias, adentrando ao estudo da crítica ao SUS como prática discursiva.

4.4 - O SUS notícia: A busca pelo “furo” jornalístico

No processo de noticiar o SUS encontramos algumas características típicas do fazer jornalístico que influenciaram na delimitação dos sentidos sobre o SUS, estudados anteriormente. Essas características dizem respeito, principalmente, à busca pelo “furo” jornalístico, tal como explicado por autores como Costa (2009), Menegon (2008) e Spink et al (2001), que afirmam que devido a isso, a valorização de notícias trágicas ou de crise, bem como a elaboração de lides convidativos e manchetes de impacto, que nem sempre refletem o conteúdo da notícia, são práticas comuns no jornalismo. Além disso, o cotidiano do jornalismo diário é marcado também pelo pouco tempo disponível para se produzir reportagens e pela busca do alcance do maior número de leitores possível, ficando caracterizado, em geral, pelo uso de uma linguagem simples e acessível a maiores públicos, gerando notícias pouco aprofundadas e explicadas.

A partir disso, encontramos em nossas análises a sazonalidade na publicação de notícias, o uso de manchetes “bombásticas” e “outro lado”, a simplificação, e o uso de recursos de visibilidade nos textos, como características do fazer jornalístico que influenciaram na construção dos sentidos sobre o SUS apresentados anteriormente.

A seguir, trataremos de cada uma dessas características separadamente.

4.4.1 - Sazonalidade

A partir da análise dos textos selecionados, percebemos que algumas temáticas apareceram predominantemente em determinados períodos do ano, caracterizando uma sazonalidade na produção de notícias sobre determinados temas.

Este foi o caso de notícias que tratavam da dengue, da febre amarela, da lei antifumo e da Emenda Constitucional nº29. As notícias tratando da ocorrência da dengue predominaram nos meses de março e abril, quando foram publicadas 79% das notícias sobre dengue no ano de 2008. Já as notícias tratando da ocorrência da febre amarela foram publicadas predominantemente no mês de janeiro, totalizando 63% das publicações sobre essa temática apenas neste mês. As notícias sobre a lei antifumo predominaram nos meses de agosto e setembro, quando foram publicadas 89% das notícias com este tema. E as notícias tratando da Emenda Constitucional nº29 foram predominantes em maio e junho, com 70% do total de reportagens sobre esta temática publicados nesses dois meses.

Consideramos que a grande produção de textos sobre as temáticas dengue e febre amarela em períodos específicos é, em parte, justificada pela sazonalidade que afeta a transmissão dessas doenças, já que ambas são transmitidas pelo mosquito *Aedes aegypti*, uma espécie de mosquito que se multiplica no período das chuvas, que no Brasil coincide com o período de janeiro à abril.

Por outro lado, a grande quantidade de notícias sobre essas temáticas em determinados períodos é justificada pela busca pelo “furo” jornalístico, caracterizando uma sazonalidade na produção de notícias com o intuito de noticiar a novidade ou o ainda não noticiado.

Com isso, no período em que a dengue e a febre amarela afetaram grande número de pessoas, causando mortes, o jornal se encarregou de informar cada novo caso da doença ou óbito, apontar as causas das chamadas “epidemias” e erros de gestores que ocasionaram os altos números de casos, denunciar os problemas enfrentados pelos pacientes em busca de

tratamento nos hospitais públicos, bem como anunciar a necessidade de vacinação contra a febre amarela e da busca de novos tratamentos ou serviços para lidar com a demanda dos doentes de dengue.

Consideramos que ao tratar dessas temáticas predominantemente nesses períodos do ano, priorizando o momento de grande ocorrência de ambas as doenças, o jornal não se compromete com as ações de prevenção que ele mesmo noticia como sendo necessárias ocorrer durante todo o ano, já que noticia as ocorrências de maneira dramática e pouco contextualizada, isto é, ressaltando as mortes e ocorrência de novos casos, bem como as deficiências do sistema no atendimento dos casos, sem contextualizar as causas de maneira inserida na agenda política anual. Deste modo, a sazonalidade ajuda na construção da ineficácia do SUS e da incompetência do governo, na medida em que alardeia um acontecimento publicando muito sobre ele em determinado período em que é um aspecto problemático.

Do mesmo modo, pensamos sobre a grande produção de textos sobre a lei antifumo e sobre a Emenda Constitucional nº29. Nos períodos em que mais foram noticiados, esse temas estavam sendo discutidos no congresso, via projetos que propunham alteração das leis que regulamentam tanto o fumo quanto o financiamento da saúde. Nos meses de agosto e setembro tramitava no congresso o projeto de lei de autoria do então governador José Serra com a proposta de regulamentar o fumo apenas ao ar livre, extinguindo a área de fumantes de bares e restaurantes, no estado de São Paulo. Nos meses de Maio e Junho, se discutia no congresso a regulamentação da Emenda Constitucional nº 29, bem como as fontes de financiamento para o SUS.

Consideramos que essa exploração demasiada desses temas apenas em alguns períodos do ano cumpre a tarefa de alardear a população, bem como de construir um senso de imediatismo, como se temas tão importantes e complexos pudessem ser esgotados nos

momentos em que estão em tramitação no congresso. Esse sentido é consoante ao que afirma Mendes (1996) com relação a construção de um “aqui e agora” sanitário pela mídia. Isso constrói a noção de que a população deve se informar do que ocorre no congresso em períodos de votação apenas, como se a análise e planejamento político desses temas e projetos não ocorresse no decorrer dos dias e não pudesse contar com a participação popular. Assim, é reforçada a noção de participação do usuário apenas como um avaliador do que determinado governante está fazendo, uma participação voltada para a eleição, um espaço consentido e delimitado. Essa é uma característica da busca pelo “furo” jornalístico, considerada por Costa (2009), que afirma que a imprensa se interessa pelos acontecimentos momentâneos, de um dia para o outro, não sendo de seu interesse oferecer ao leitor um relato contínuo e completo sobre os acontecimentos.

Desta maneira, o SUS é noticiado em sentido restrito, imediato e descontextualizado, facilitando a construção da ineficácia e seus gestores noticiados como governantes em busca da aprovação da população, que é chamada a participar apenas no papel de eleitores.

4.4.2 - Manchetes “bombásticas” e “outro lado”

Na busca pelo “furo” jornalístico, encontramos também o uso recorrente de formulações de manchetes “bombásticas”, com afirmações que se mostram pouco fundamentadas no decorrer do texto da notícia ou na apresentação dos textos chamados “outro lado”. Essas construções visam o alardeamento de determinada questão problemática de maneira descontextualizada, tal como podemos ver nos trechos:

NOTÍCIA 72

Ministro afirma que 20 dos 27 Estados do país infringem a legislação e não investem o mínimo no setor

O ministro da Saúde, José Gomes Temporão, disse ontem que “os Estados terão que botar mais dinheiro na Saúde” caso a regulamentação da emenda 29, que também cria a CSS (Contribuição Social para a Saúde), seja aprovada pelo Congresso. “A emenda vai regulamentar o que são gastos com a Saúde. Hoje 20 dos 27 Estados não aplicam o correto no setor”(…) (Folha de São Paulo, 17 jun. 2008, Temporão cobra investimentos em saúde, Caderno Brasil).

NOTÍCIA 73***SP corta investimentos em saúde e eleva em transporte***

Verba para saúde cai pelo 2º ano consecutivo; redução em 2009 será de R\$ 31 milhões.

Valor para transportes salta de R\$ 1,7 bi para R\$ 4,5 bi; governo paulista diz que, no geral, gasto com saúde será maior e nega viés eleitoral. (Folha de São Paulo, 17 nov. 2008, *SP corta investimentos em saúde e eleva em transporte*, Caderno Brasil).

Texto seguido pelo “outro lado”:

NOTÍCIA 74

*O governo do Estado diz que, no total, a verba do Orçamento destinada à Saúde crescerá 20% em 2009 - de R\$ 10,281 bilhões em 2008 para R\$ 12,325 bilhões - e que comparar só os investimentos dá uma “falsa idéia” de que as ações na área estão diminuindo. (...) O governo também alega que a dotação inicial de investimento para a saúde em 2008 era de R\$ 334 milhões e chegou a R\$ 351 milhões porque o governo comprou e depositou em juízo o hospital de Presidente Prudente. “Não faz sentido provisionar a mesma verba para o Orçamento de 2009, pois não se ‘compra’ um hospital duas vezes. O que era investimento vira custeio em 2009”. (Folha de São Paulo, 17 nov. 2008, outro lado: *Total destinado à saúde subirá 20%, diz Estado*, Caderno Brasil).*

NOTÍCIA 75***Governo repassou só 0,6% de verba pedida por hospital***

*Documentos aos quais a Folha teve acesso mostram que, no ano passado, a Santa Casa de Belém pediu ao Ministério da Saúde o repasse de cerca de R\$ 6,11 milhões, mas somente R\$ 36,8 mil (ou 0,6%) chegaram aos cofres da instituição. Os pedidos foram feitos por meio de seis projetos encaminhados ao ministério. Do ponto de vista técnico, todos foram aprovados, segundo a reportagem apurou. Mas os repasses não se concretizaram. Na tarde da última sexta-feira, a Folha pediu à assessoria do Ministério da Saúde que confirmasse a existência dos pedidos e explicasse por que o dinheiro não foi repassado. Até a conclusão desta edição, não houve uma resposta definitiva. (...) (Folha de São Paulo, 06 jul. 2008, *Governo repassou só 0,6% de verba pedida por hospital*, Caderno Cotidiano).*

NOTÍCIA 76***Mais 13 bebês morrem em Santa Casa no PA***

*Pelo menos mais 13 bebês morreram na maternidade da Santa Casa de Belém entre segunda e terça-feira, segundo as guias de falecimento de um cemitério da cidade. O hospital já tinha registrado a morte de 12 recém-nascidos no último final de semana. A Santa Casa e o governo do Pará, responsável pelo hospital, não confirmaram as 13 mortes. (...) Por volta das 16h30 de ontem, a Folha pediu à Secretaria da Saúde do Estado uma confirmação sobre as novas mortes. Duas horas depois, uma assessora afirmou que não haveria tempo hábil para isso, pois a titular da pasta, Laura Rossetti, não estava na secretaria e teria que conversar antes com o diretor da Santa Casa. A Santa Casa, por meio de sua assessoria, informou que nenhum médico ou diretor poderia confirmar as 13 mortes. Às 18h, a reportagem ligou novamente, mas ninguém atendeu. Reforçou o pedido por e-mail, mas não houve resposta. (...) (Folha de São Paulo, 28 jun. 2008, *Mais 13 bebês morrem em Santa Casa no PA*, Caderno Cotidiano).*

Na notícia 72, a partir da manchete “Ministro afirma que 20 dos 27 Estados do país infringem a legislação e não investem o mínimo no setor”, podemos pensar que já existe uma legislação a respeito do montante a ser investido em saúde e como deve ser investido esse valor, já que existem vinte Estados infringindo a lei. Entretanto, no texto em si, podemos entender que não se trata exatamente de infringir a lei, mas de uma mudança que ocorrerá caso a Emenda nº 29 seja aprovada que, então, fixará o que exatamente será considerado gasto em saúde.

Na notícia 73, uma comparação entre investimentos em saúde e transporte é feita para alardear uma suposta diminuição da verba destinada à saúde. Esse texto é seguido pelo texto “outro lado”, notícia 74, no qual são então explicados os motivos da diminuição de investimentos na saúde, bem como o esclarecimento de que as verbas para custeio aumentaram com relação ao último ano, sendo que a queda nos investimentos se deu devido ao término de obras da saúde. Entretanto, os recursos utilizados pelo jornal de colocar a versão do governo como “outro lado”, tanto quanto usar expressões como “o governo diz”, “o governo alega”, geram o sentido de desconfiança daquelas afirmações, enquanto que a afirmação de que a verba para a saúde caiu pelo segundo ano consecutivo, feita no primeiro texto, é construída como uma verdade dada, sem ser necessário nem mesmo especificar quem forneceu a informação.

É interessante destacar que a estratégia do jornal de apresentar o “outro lado” visa cumprir o seu compromisso de ser objetivo e de apresentar múltiplas visões, tal como mostramos nos princípios editoriais do jornal, anteriormente. Entretanto, consideramos que apenas por chamar uma versão de “outro lado” o jornal já declara qual é a versão privilegiada, ou seja, a “outra versão”, por ser outra, distinta da “versão”, tem menos legitimidade.

De maneira semelhante, na notícia 75, o jornal apresenta uma manchete bombástica que afirma que o governo repassou apenas 0,6% do que foi pedido por um hospital de Belém,

onde havia ocorrido a morte de vários bebês em sua maternidade há cerca de um mês antes dessa reportagem ser publicada. O jornal fundamenta sua afirmação em “documentos” aos quais a Folha teve acesso, mas sem nos contar que documentos são esses e diz ainda que “do ponto de vista técnico” os projetos enviados pelo hospital solicitando as verbas foram aprovados. Todavia, o jornal não nos esclarece o que significa um projeto ser aprovado do ponto de vista técnico e nem como a Folha apurou esses dados. Além disso, acrescenta que procurou o Ministério para confirmar a existência dos pedidos, mas não obteve resposta. Podemos concluir a partir disso, que a própria Folha tinha dúvidas quanto a existência dos pedidos. E assim sendo, a elaboração de uma manchete que não só presume a existência desses pedidos, como também a aprovação deles e o descumprimento por parte do governo, se torna um alardeamento infundado.

Na notícia 76, a manchete alardeia a morte de mais 13 bebês em uma Santa Casa do Pará. Entretanto, no texto apresentado podemos ver que esse número não havia sido confirmado nem pela secretaria de saúde e nem pela Santa Casa. Inclusive, essa manchete foi corrigida em um texto “Erramos” de 29 de Junho, dia seguinte a sua publicação, onde é dito que foram oito mortes de bebês confirmados pela Secretaria de Saúde do Pará, ao contrário do informado pela administração do cemitério consultada para a escrita da matéria. Esse erro foi também assumido pelo jornal em outra matéria publicada no dia 29 de Junho em que afirmam:

NOTÍCIA 77

Oito bebês recém-nascidos morreram na maternidade da Santa Casa em Belém de segunda a sexta-feira da última semana, informou ontem a Secretaria da Saúde do Pará. Reportagem da Folha de ontem informou incorretamente que 13 bebês haviam morrido na instituição no período. Com isso, subiu para 20 - e não para 25 - o número de recém-nascidos mortos no hospital desde o último final de semana. A informação errada foi transmitida por Laércio Santana, funcionário da administração do cemitério Tapanã, onde a maior parte dos bebês mortos na Santa Casa foi enterrada. O dado foi confirmado pelo administrador do cemitério, Luiz Alberto Lopes Costa. (...) (Folha de São Paulo, 29 jun. 2008, São 8 e não 13 o nº de bebês mortos em Santa Casa, Caderno Cotidiano).

Nessa reportagem, podemos ver que o jornal culpabiliza os funcionários do cemitério pelo erro, não considerando a sua responsabilidade em consultar fontes não oficiais para noticiar mortes de bebês em hospitais públicos, nem mesmo por alardear esse erro na manchete da notícia. A partir disso, pensamos: será possível corrigir os efeitos sociais que têm o impacto de uma manchete?

Esse aspecto é abordado por Spink et al (2001) que ressalta que as manchetes, muito comumente, têm pouco a ver com o texto da notícia, podendo ser “esquentadas” com afirmações bombásticas que chamam a atenção do leitor para a notícia.

Assim, com o uso dessas manchetes “bombásticas”, acreditamos que o jornal colabora para a construção da incompetência do governo, já que seus erros supostos são alardeados como certos nas manchetes das notícias e a versão do governo é desvalorizada com o uso do recurso “outro lado”, que como vimos, tem a função de mostrar a pluralidade mas, devido a sua formatação, acaba por promover determinadas visões.

4.4.3 - Simplificação

Na produção de notícia sobre o SUS, verificamos também outra característica considerada típica do fazer jornalístico, que é a simplificação dos dados e fatos, visando propiciar o entendimento rápido e maior alcance de pessoas, a partir do entendimento pela maioria. Tal como é explicado no Manual da Redação da Folha (2010), um princípios do jornal é poupar o leitor de dificuldades no entendimento das matérias e por isso o jornalista deve trabalhar para tornar a notícia de entendimento fácil e rápido.

Assim, encontramos notícias que relatam acontecimentos complexos de maneira simples, imediatista e imutável, como podemos conferir:

NOTÍCIA 78

O Estado de São Paulo acaba de ganhar a primeira Escola de Saúde da Família. O projeto, que prevê investimentos de R\$ 3,1 milhões, será realizado por meio de uma parceria entre a Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp (Universidade Estadual de Campinas) e a Secretaria de Estado da Saúde. O convênio será assinado hoje. (...)

(Folha de São Paulo, 22 jul. 2008, *Escola formará profissional de programas de saúde da família*, Caderno Cotidiano).

NOTÍCIA 79

*(...) Temporão também divulgou reajustes e aumento de remuneração para hospitais e equipes médicas, além de pagamento extra para os exames necessários para a inclusão do paciente da rede pública na fila de transplantes. A pasta gastará aproximadamente R\$ 60 milhões a mais, por ano, além do orçamento atual de R\$ 500 milhões para a área de transplantes. Os valores pagos aos hospitais credenciados para realizar transplantes serão reajustados em até 40%. O transplante de coração, por exemplo, passará de R\$ 22,2 mil para R\$ 31,1 mil. A menor correção (10%) será para transplante conjugado de pâncreas e rins. (...) (Folha de São Paulo, 26 set. 2008, *Fila de transplante terá consulta via internet*, Caderno Cotidiano).*

NOTÍCIA 80

(...) A nova lei [que garante mamografia para mulheres a partir de 40 anos] coloca uma situação angustiante para os gestores. Ao mesmo tempo em que aperfeiçoa e amplia o acesso, que é um direito das mulheres, ela esbarra na falta de infraestrutura e de recursos.

FOLHA - Então o país não terá condições de atender essas mulheres mais jovens?

*TEMPORÃO - Com recursos financeiros adequados, certamente terá. Eu solicitei ao Inca que a gente reveja o mais rápido possível o consenso [sobre câncer de mama], um pacto científico-político que garanta como será o padrão de atendimento no SUS para essas mulheres. (...) (Folha de São Paulo, 11 jun. 2008, *Entrevista: Não há como atender isso, diz ministro*, Caderno Cotidiano).*

As notícias 78 e 79 tratam de investimentos feitos ou a serem feitos em saúde. Entretanto, esses investimentos são noticiados sem que haja a devida contextualização que permita-nos entender de onde virão os recursos para os investimentos noticiados, nem mesmo quais ações foram necessárias para que aquilo acontecesse. Na notícia 78 é afirmado, inclusive, que o Estado de São Paulo “ganhou” uma escola da saúde da família, como se esse investimento fosse um presente. Assim, essas notícias facilitam a construção da vontade política e da personalização do governo, na medida em que não são oferecidas informações que expliquem o encadeamento das ações em saúde que culminaram naquelas melhorias, nem mesmo o processo político que gerou aquelas conquistas, sendo atribuídas apenas a ações imediatas dos governantes, como do ministro Temporão, na notícia 79 e da secretaria de estado da saúde de São Paulo, na notícia 78.

A notícia 80 ilustra bastante o exercício de simplificação feito pelo jornal. Num primeiro momento no trecho, se tem a afirmação de que a nova lei que garante a mamografia para todas as mulheres a partir de 40 anos deixa o gestor de saúde em uma situação conflituosa, pois, ao mesmo tempo em que ela reconhece o direito das mulheres, ainda não existem os recursos para que se cumpra a lei. Ou seja, temos aí uma afirmação complexa, que reflete sobre os limites do direito e do fazer legal. Entretanto, essa afirmação parece ser traduzida pelo entrevistador como “Então o país não terá condições de atender essas mulheres mais jovens?”, um pergunta que busca uma resposta simplista e permanente, que promove a construção da ineficácia do SUS e incompetência dos gestores.

Com isso, acreditamos que não é fomentado o pensar criticamente a saúde, compreendendo como as políticas de saúde se relacionam com outras políticas e se inserem no contexto econômico, de modo que tanto os problemas quanto os aspectos eficientes do sistema são apresentados de maneira simplista, como mágica ou vontade dos governantes.

4.4.4 - Recursos de visibilidade: dados acumulados, comparações, metáforas concretas

Nos textos analisados, encontramos alguns recursos recorrentes utilizados para propiciar a compreensão rápida do que está sendo noticiado, bem como para a construção da importância do que é noticiado. Assim, encontramos a apresentação de dados acumulados, de comparações e de metáforas concretas.

No trecho seguinte, vemos a utilização de dados acumulados por um período de tempo (48 horas) na notícia 83, para dar visibilidade ao número apresentado:

NOTÍCIA 81

Quatro crianças que estavam internadas na UTI (Unidade de Tratamento Intensivo) infantil do hospital Pedro 2º, na zona oeste do Rio, morreram em um período de 48 horas, com suspeita de infecção por bactéria. Por causa da hipótese, a direção do hospital fechou sete dos dez leitos da UTI. (...) (Folha de São Paulo, 12 abr. 2008, Hospital no Rio fecha leitos de UTI após morte de 4 crianças, Caderno Cotidiano).

Assim essa notícia dá visibilidade ao número de mortes na medida em que insere as ocorrências em um curto espaço de tempo, construindo a noção de ineficácia do sistema, a partir do alardeamento do número de mortes ocorridas. Assim, esse recurso sensibiliza o leitor a partir do foco no tempo, tal como mostramos na construção da incompetência do governo.

No trecho seguinte, temos o uso de metáforas concretas para dar visibilidade aos gastos do governo com as doenças ligadas ao tabagismo:

NOTÍCIA 82

Os R\$ 92 milhões que o SUS (Sistema Único de Saúde) gastou no ano passado no Estado de São Paulo foram para o tratamento de pacientes com câncer (principalmente de pulmão, laringe e esôfago) e doenças cardíacas e circulatórias. Foi considerada a fração dessas doenças que, de acordo com a literatura médica, tem origem no cigarro. (...) Com essa quantia é possível bancar por um ano o funcionamento de dois hospitais públicos de médio porte, com cerca de 200 leitos cada um. (Folha de São Paulo, 30 de ago. 2008, SP gasta R\$ 92 mi a ano para tratar as “doenças do cigarro”, Caderno Cotidiano).

Na notícia 82, tal como podemos ver, os gastos do SUS com tratamento de doenças do cigarro são destacados a partir da possibilidade de investimento da mesma quantia na manutenção de 2 hospitais de médio porte, por um ano. Com isso ocorre a construção da noção de desperdício de recursos pelo governo, colaborando para a construção da incompetência deste. Ocorre também a valorização do cuidado terciário em saúde, sugerindo que é mais fácil entender a economia em saúde se for explicado o que aquele montante representa em termos de cuidado terciário, que é um cuidado mais ligado a noção de emergência e fatalidade, sendo por isso de extrema relevância para os fins jornalísticos.

Por último, podemos conferir no trecho apresentado a seguir, o uso da comparação de dados, como forma de propiciar maior visibilidade e significância ao que é noticiado:

NOTÍCIA 83

(...) O Paraná é o 11º Estado a notificar casos, de acordo com a Anvisa (Agência Nacional de Vigilância Sanitária). O Rio de Janeiro lidera o ranking, com 972 ocorrências até novembro. O Pará está logo atrás, com 312. O Espírito Santo tem 152 casos e Goiás, 120. O Pará foi o primeiro do país a registrar casos, há cinco anos. (...) (Folha de São Paulo, 25 jan. 2008, Curitiba: Superbactéria hospitalar já contaminou 48 pacientes, Caderno Cotidiano).

Tal como podemos ver, este trecho faz uma comparação de dados entre os Estados, mas não propicia a compreensão do que significa para cada Estado ter este ou aquele número de notificações, significância que é afetada por várias questões, sendo a demográfica a mais facilmente considerável. Assim, a estratégia de apresentar comparações deste tipo, ao invés de possibilitar a contextualização dos dados, torna ainda mais difícil o entendimento do funcionamento do Sistema, já que essas comparações são feitas de maneira simplista, tal como pudemos perceber que ocorre nas comparações entre os serviços públicos e privados, nacionais e internacionais na construção da (in)competência do governo.

Deste modo, pudemos observar em nossas análises como os recursos jornalísticos deixam suas marcas na construção de sentidos sobre o que noticia, especificamente, na construção da crítica ao SUS, tal como estudamos aqui. Isso porque na medida em que o jornal valoriza notícias de “crise”, procurando publicar manchetes “bombásticas”, ou quando publica muito sobre um determinado tema apenas em um dado período, ou quando simplifica a “realidade” para noticiá-la, ou mesmo quando apresenta comparações de dados numéricos e relativos ao tempo, sem explicar exatamente o significado dessas comparações, dificulta a compreensão do SUS como um sistema constituído por vários órgãos e atores, um projeto ainda em construção, que pode e deve contar com a participação da população para sua completa efetivação.

Nesse sentido, consideramos que o compromisso público do jornal Folha de São Paulo em noticiar “a verdade” sobre a “realidade” e da maneira mais “objetiva” possível, é um compromisso delicado, na medida em que gera a expectativa de uma produção jornalística “imparcial”, que mostra apenas a verdade sobre os fatos. Consideramos que as características do fazer jornalístico explicitadas aqui, nos mostram o contrário do que seria uma abordagem “objetiva” do assunto, e pautada na “realidade”, não só porque sabemos que tanto o sentido de objetividade quanto o de verdade são relativos, mas porque o fazer jornalístico, como vários

estudiosos apontam (Costa, 2009; Menegon, 2008 e Spink et al, 2001), é caracterizado pela ação deliberada no sentido de conferir maior importância a alguns temas ou menor complexidade a outros.

Assim, apesar de essa questão da “imparcialidade” ser discutida e colocada em xeque pelos estudiosos citados acima, até mesmo pelo jornal Folha de São Paulo, em seu Manual da Redação, ela não deixa de ser um valor cultural ainda forte, pautado na objetividade, conferindo ao jornal grande poder de influência cultural. Tal como observa Spink, lembrando uma expressão popular: “deve ser verdade porque li no jornal” (2006, p. 97). Com isso, as construções da crítica ao SUS, fundamentadas nos sentidos de ineficácia do SUS, (in)competência do governo e (in)determinação da inserção do usuário, se tornam importantes pontos a serem avaliados, já que essas formas de significar o SUS, tal como pudemos ver, contribuem para a saturação das possibilidades de efetivação da política idealizada no movimento constituinte e da Reforma Sanitária brasileira.

5

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir deste estudo, pudemos entender os processos de construção da crítica ao SUS no jornal Folha de São Paulo, a partir da análise das práticas textual e discursiva identificadas na produção de notícias no jornal estudado. Assim, pudemos refletir sobre os efeitos dessa construção, sendo considerada a promoção da compreensão simplista, descontextualizada e imediatista do Sistema e da atuação dos gestores, além do silenciamento da possibilidade de participação do usuário via controle social.

Encontramos ainda, esses sentidos construídos a partir da lógica de produção jornalística, que valoriza o “furo” jornalístico e manchetes de impacto, respondendo à demanda mercadológica do veículo estudado.

Esses resultados dialogam com o que apontam autores como Mendes (1996), Menegon, (2008) e Marques (2009), que consideram que a mídia faz uma divulgação do SUS pautada no privilégio de notícias sobre problemas e crises, a partir da valorização do novo e da pauta “quente”, característicos do fazer jornalístico.

A partir das análises realizadas, pudemos entender que a construção e divulgação da crítica ao SUS não contribui com a compreensão do Sistema como um todo, suas diretrizes, seus avanços, seus desafios e limitações, não habilitando os leitores com repertórios que os permitam participar da construção do SUS, considerando-o um patrimônio público valioso e de extrema importância para minimizar as desigualdades sociais no país.

Nesse sentido, este estudo dialoga também com as deliberações da XII e XIII Conferências Nacionais de Saúde, que consideram que os veículos de comunicação, tal como o jornal, devem se engajar na divulgação de sentidos comprometidos com a efetivação do SUS. Acreditamos que uma divulgação crítica e contextualizada do SUS, promovendo o

entendimento do funcionamento do Sistema, bem como a participação politizada dos usuários via controle social é possível e pode contribuir em muito para a melhoria do SUS e da participação popular, tal como defendem os autores citados.

Apesar disso, consideramos que a divulgação dos aspectos problemáticos do SUS tem o papel importante de denúncia dos problemas enfrentados pelos usuários, bem como de dar visibilidade às dificuldades e limitações do Sistema, podendo nesse sentido contribuir para a melhoria do mesmo. Entretanto, na medida em que vincula esses aspectos com a ineficácia do sistema, (in)competência do governo e com a (in)determinação da inserção do usuário, o jornal acaba limitando as possibilidades de ação para reverter a situação problemática denunciada, gerando um cenário de gravidade, imutabilidade e passividade.

Assim, a partir da análise crítica do discurso e do enfoque construcionista social, consideramos que a relevância desse trabalho se dá no sentido de desnaturalizar as formas de falar, significar e noticiar o SUS, não com a proposta de elaborar um procedimento correto de como fazer isso – já que como afirmam Fairclough (1995) e Gergen (1999), sempre estamos presos nas teias dos efeitos limitadores e possibilitadores da linguagem – mas no sentido de trazer o convite para um estado de permanente questionamento, reflexão e desnaturalização. Esse convite, que visa à emancipação, é comprometido politicamente com a abertura para novas visões e futuros alternativos, mais promissores na medida em que considerem e legitimem as diferentes vozes e discursos na tarefa cotidiana de noticiar o SUS.

Vale ressaltar que, ao apontarmos as implicações das formas de noticiar o SUS, não estamos defendendo que há o completo controle do uso das estratégias e recursos linguísticos pelas pessoas e instituições envolvidas nessas produções. Apesar de inseridos em uma prática discursiva que tem certos preceitos e demandas mercadológicas, acreditamos que as pessoas e instituições não possuem total controle ou capacidade de planejamento do uso da linguagem, já que estão inseridos também em uma cultura e em uma ordem moral compartilhada por

todos. Ao mesmo tempo, os atores não podem ser considerados completamente submetidos a essas regras e ordens linguísticas e culturais – nem os jornalistas, nem o jornal e nem os leitores – que estão a todo momento produzindo e ressignificando sentidos nos intercâmbios relacionais nos quais se engajam.

Assim, a partir dos pressupostos construcionistas sociais de valorização dos processos cotidianos e relacionais de produção de sentidos, somos convidados a olhar para questões de hegemonia, poder e de desigualdades no acesso a informações considerando a possibilidade de mudança. Nesse sentido, Fairclough (2001) afirma que os discursos hegemônicos podem ser questionados e até substituídos, pois estão abertos ao que acontece nas interações cotidianas, sendo reafirmados ou modificados por elas a cada momento.

Deste modo, esse estudo não elegeu como ponto de análise e discussão a prática social envolvida no processo de noticiar o SUS, que trataria de questões de hegemonia de sentidos e distribuição desigual da informação da sociedade. Nesse trabalho, buscamos abarcar o âmbito da produção textual das notícias, pautado nas práticas textual e discursiva que, tal como explicado no capítulo 3, não podem ser concebidas de maneira separada da prática social, mas quando focalizadas, não permitem análises aprofundadas com relação a essas influências e motivações mais amplas da sociedade e da cultura.

Além disso, com o foco do estudo no processo de produção textual das notícias, deixamos de analisar outras formas de produção de sentidos que compõem as notícias, tais como a utilização de fotos e outras imagens, e também, devido ao nosso método de coleta e seleção de dados, deixamos de analisar aspectos relativos ao posicionamento das notícias nas páginas do jornal. Esses aspectos são relevantes para discutir os efeitos da produção de sentidos nos jornais a partir do destaque que é dado a eles, já que possibilita maior acessibilidade dos leitores. Contudo, como em nossa pesquisa não visamos esse tipo de

discussão, esses aspectos não foram incluídos, mas os consideramos importantes para a realização de outros estudos.

Assim, pesquisas futuras sobre essa temática poderiam investigar o campo da prática social, buscando responder: quem perde e quem ganha com a construção e a divulgação da crítica ao SUS na mídia? Que interesses econômicos e políticos são favorecidos a partir dessa construção? Quais são desfavorecidos ou silenciados? Além disso, seria interessante investigar a recepção desses sentidos pelos leitores a partir da posição das notícias nas páginas ou mesmo a partir do uso de imagens. Com essas questões respondidas, poderíamos traçar um panorama mais complexo sobre a produção discursiva sobre o SUS na mídia.

Com este estudo, limitado à análise do processo de construção da crítica ao SUS nas notícias de jornal, visamos participar da discussão acerca da importância da comunicação em saúde para efetivação do SUS. Assim, nossa análise é comprometida politicamente com os propósitos de efetivação do SUS, na medida em que considera a importância da divulgação de sentidos promissores sobre o SUS na mídia, bem como a promoção do controle social.

REFERÊNCIAS

- Araújo, I. S. & Cardoso, J. M. (2007) *Comunicação e saúde*. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Bahia, L. (2009) A questão democrática na área da saúde no Brasil do século 21. *Saúde em Debate*. 33 (81). 165-168.
- Bahia, L. (2010) Participação social na saúde: ‘muito melhor com ela’. *Saúde em Debate*. 34 (84). 33-40.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Informática do SUS. (2002) *DATASUS Trajetória 1991-2002*. Acessado em 25 de Fevereiro de 2010, de http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/trajetoria_datusus.pdf
- Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde (2004) *Relatório final da XII Conferência Nacional de Saúde: Conferência Sergio Arouca*. Brasília: Editora do Ministério da Saúde.
- Brasil. Ministério da Saúde. (2006a) *Entendendo o SUS*. Acessado em 15 de Abril de 2009, de http://portal.saude.gov.br/portal/saude/area.cfm?id_area=136
- Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. (2006b) *Relatório do seminário nacional de comunicação, informação e informática em saúde para o exercício do controle social*. Brasília: Editora do Ministério da Saúde.
- Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. (2006c) *Coletânea de Normas para o Controle Social no Sistema Único de Saúde*. Acessado em 01 de Julho de 2008, de http://www.conselho.saude.gov.br/biblioteca/livros/coletanea_miolo.pdf
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. Coordenação-Geral de Apoio à Gestão Descentralizada. (2006d) *Diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão*. Acessado em 01 de Julho de 2008, de http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/volume_1_completo.pdf
- Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. (2007a) *Coletânea de comunicação e informação em saúde para o exercício de controle social*. Acessado em 01 de Julho de 2008, de http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/07_0013_M.pdf
- Brasil. Ministério da Saúde. (2007b) *Carta dos direitos dos usuários da saúde – 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde*. Acessado em 20 de Junho de 2008, de http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/carta_direito_usuarios_2ed2007.pdf
- Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. (2008a) *Relatório final da 13ª Conferência Nacional de Saúde: Saúde e qualidade de vida: políticas de estado e desenvolvimento*. Brasília: Editora do Ministério da Saúde.
- Brasil. Ministério da Saúde. Divisão de Jornalismo da Assessoria de Comunicação Social. (2008b) *Saúde Brasil*. Acessado em 20 de Abril de 2009, de http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/saude_brasil_agosto_2008.pdf

- Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. (2009). *SUS 20 anos*. Brasília: CONASS.
- Burr, V. (1995) *An introduction to social constructionism*. Londres: Routledge.
- Buss, P. M. (1995) Saúde e desigualdade: o caso do Brasil. In Buss, P. M.; Labra, M. E. (orgs). *Sistemas de saúde: continuidades e mudanças*. (pp. 61-101). São Paulo: Hucitec, Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Carvalho, B. G.; Martin, G. B. & Cordoni Jr., L. (2001a) A organização do sistema de saúde no Brasil. In Andrade, S. M.; Soares, D. A.; Cordoni Jr., L (Orgs). *Bases da Saúde Coletiva*. (pp. 27-59). Londrina: EDUEL, Rio de Janeiro: ABRASCO.
- Carvalho, B. G.; Petris, A. J.; Turini, B. (2001b) Controle social em saúde. In Andrade, S. M.; Soares, D. A.; Cordoni Jr., L (org). *Bases da Saúde Coletiva*. (pp. 93-109). Londrina: EDUEL, Rio de Janeiro: ABRASCO.
- Costa, C. T. (2009) *Ética, jornalismo e nova mídia: uma moral provisória*. Rio de Janeiro: Zahar.
- De Lavor, A. (2009) A mídia e a (in) consciência sanitária. In: *Radis*. 78, 2.
- Fairclough, N. (1995) *Critical Discourse Analysis: the critical study of language*. New York: Longman.
- Fairclough, N. (2001) Critical discourse analysis as a method in social scientific research. In Wodak, R. & Meyer, M. (Orgs.) *Methods of critical discourse analysis*. (pp. 121-138). Londres, Thousand Oaks, New Delhi: Sage.
- Gergen, K. J. (1999) *An invitation to social construction*. Londres: Sage.
- Goulart, F. (2010) Dilemas da participação social em saúde no Brasil. *Saúde em Debate*. 34 (84). 18-32.
- Grandesso, M. A.(2000) *Sobre a reconstrução do significado: uma análise epistemológica e hermenêutica da prática clínica*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Guizardi, F. L.; Pinheiro, R.; Mattos, R. A.; Santana, A. D.; Matta, G. & Gomes, M. C. P. (2004) A. Participação da comunidade em espaços públicos de saúde: uma análise das conferências nacionais de saúde. *Physis*. 14 (1), 15-39.
- Japur, M. (2004) Alteridade e grupo. In: Martinez & Simão (orgs). *O outro no desenvolvimento humano*. (pp. 145-170). São Paulo: Pioneira Thomson Learning.
- Lima, A. B. (2006) Os sentidos na mídia: o MST em dois jornais diários. *Psicologia e Sociedade*, 18 (3), 97-103.
- Manual da redação: Folha de São Paulo* (2010) São Paulo: Publifolha.
- Marques, M.B. (2009) Breve crônica sobre o Sistema Único de Saúde 20 anos depois de sua implantação. *Saúde em Debate*, 33 (81) 56-63.

- Medrado, B. (1999) Textos em cena: a mídia como prática discursiva. In Spink, M. J. (Org.). *Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano*. (pp. 243-271). São Paulo: Cortez.
- Mendes, E. V. (1996) *Uma agenda para a saúde*. São Paulo: Hucitec.
- Menegon, V. S. M. (2008) Crise dos serviços de saúde no cotidiano da mídia impressa. *Psicologia e Sociedade*, 20 (Edição Especial), 32-40.
- Mercadante, O. A. (Coord.) (2002) Evolução das políticas e do sistema de saúde no Brasil. In Finkelman, J. (Org.) *Caminhos da saúde pública no Brasil*. (pp. 235-313). Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Meyer, M. (2001) Between theory, method, and politics: positioning of the approaches to CDA. In Wodak, R. & Meyer, M. (Orgs.) *Methods of critical discourse analysis*. (pp. 14-31). Londres, Thousand Oaks, New Delhi: Sage.
- Moraes, I. H. S.; Vasconcellos, M. M. (2005) Política nacional de Informação, Informática e Comunicação em Saúde: um pacto a ser construído. *Saúde em debate*, 29 (69), 86-98.
- Oliveira, J. A. A.; Teixeira, S. F. (1986) 1930-1945: "Previdência é seguro". O apogeu do regime de capitalização. In Oliveira, J. A. A. ; Teixeira, S. F. (*Im*) *previdência social: 60 anos de história da Previdência no Brasil*. (pp. 58-148). Petrópolis: Vozes
- Oliveira, V. C. (2006) Desafios e contradições comunicacionais nos conselhos de saúde. In Santos, A. (Org.). *Caderno mídia e saúde pública* (pp. 83-100) Acessado em 15 de Março de 2009, de http://www.esp.mg.gov.br/wp-content/uploads/2009/06/caderno_midia_e_saude_publica.pdf
- Paim, J. S. (2003) Políticas de saúde no Brasil. In: Rouquayrol, M.Z. & Almeida Filho, N. *Epidemiologia e Saúde*. (pp. 587-603). Rio de Janeiro: Medsi.
- Paim, J. S. (2009) Uma análise sobre o processo da Reforma Sanitária brasileira. *Saúde em Debate*, 33 (81), 27-37.
- Pedrosa, J. I. S. (2006) Notas sobre a educação popular e a política de educação permanente em saúde. *Saúde em Debate*, 30 (73/74), 79-188.
- Pitta, A. M. R. & Magajewsk, F. R. L. (2000) Políticas nacionais de comunicação em tempos de convergência tecnológica: uma aproximação ao caso da saúde. *Interface (Botucatu)*, 4 (7), 61-70.
- Rasera, E. F. & Japur, M. (2007) Grupo como construção social: aproximação entre construcionismo social e terapia de grupo. São Paulo: Vetor.
- Rojo, L. M. (2004) A fronteira interior - análise crítica do discurso: um exemplo sobre "racismo". In Iñiguez, L. (Coord). *Manual de análise do discurso em ciências sociais* (pp. 206 - 257). Petrópolis: Vozes.
- Santos, N. R. (2008) Política pública de saúde no Brasil: encruzilhada, buscas e escolhas de rumos. *Ciência & Saúde Coletiva*, 13 (Supl. 2) 2009-2018.

Santos, N. R. (2009) A Reforma Sanitária e o Sistema Único de Saúde: tendências e desafios após 20 anos. *Saúde em Debate*, 33 (81), 13-26.

Silva, A. X.; Cruz, E. A. & Melo, V. (2007) A importância estratégica da informação em saúde para o exercício do controle social. *Ciência & Saúde Coletiva*, 12 (3), 683-688.

Silva, S. F. (2009) Sistema Único de Saúde 20 anos: avanços e dilemas de um processo em construção. *Saúde em Debate*, 33 (81), 38-46.

Spink, M. J. P.; Medrado, B.; Menegon, V. M., Lyra, J. & Lima, H. (2001) A construção da AIDS-notícia. *Cad. Saúde Pública*, 17 (4), 851-862.

Spink, P. (2006) A desigualdade cotidiana – a naturalização das materialidades territoriais. In: Spink, M. J. & Spink, P. *Práticas cotidianas e a naturalização da desigualdade: uma semana de notícias no jornal*. (pp. 88-108). São Paulo: Cortez.

Stotz, E. N. (2006) Trajetórias, limites e desafios do controle social do SUS. *Saúde em Debate*, 30 (73/74), 149-160.

Talbot, M. (1992) The construction of gender in a teenage magazine. In Fairclough, N. (Org.) *Critical language awareness* (pp. 174-199). Londres/Nova York: Longman.

Thompson, J. B. (1998) *A mídia e a modernidade: uma teoria social da mídia*. Petrópolis, RJ: Vozes.

van Stralen, C. J.; Lima, A. M. D.; Sobrinho, D. F.; Saraiva, L. E. S.; van Stralen, T. B. S. ; Belisário, S. A. (2006) Conselhos de Saúde: efetividade do controle social em municípios de Goiás e Mato Grosso do Sul. *Ciência & Saúde Coletiva*, 11 (3), 621-632.

Xavier, C. (2006) Mídia e saúde, saúde na mídia. In Santos, A. (Org.). *Caderno mídia e saúde pública*. Belo Horizonte: Escola de Saúde Pública/FUNED. V. 1 p. 43-55.

Wodak, R. (1996) *Disorders of discourse*. Londres/Nova York: Longman.

Wodak, R. (2001) What CDA is about – a summary of its history, important concepts and its developments. In Wodak, R. & Meyer, M. (Orgs.) *Methods of critical discourse analysis*. (pp. 1-13). Londres, Thousand Oaks, New Delhi: Sage.

Livros Grátis

(<http://www.livrosgratis.com.br>)

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)
[Baixar livros de Matemática](#)
[Baixar livros de Medicina](#)
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)
[Baixar livros de Meteorologia](#)
[Baixar Monografias e TCC](#)
[Baixar livros Multidisciplinar](#)
[Baixar livros de Música](#)
[Baixar livros de Psicologia](#)
[Baixar livros de Química](#)
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)
[Baixar livros de Serviço Social](#)
[Baixar livros de Sociologia](#)
[Baixar livros de Teologia](#)
[Baixar livros de Trabalho](#)
[Baixar livros de Turismo](#)