

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS
INSTITUTO DE PATOLOGIA TROPICAL E SAÚDE PÚBLICA
NÚCLEO DE ESTUDOS EM SAÚDE COLETIVA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA**

LANA CRISTINA BUENO MIRANDA

**COBERTURA MIDIÁTICA DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE NO
BRASIL: UM RECORTE HISTÓRICO**

GOIÂNIA

2019

**TERMO DE CIÊNCIA E DE AUTORIZAÇÃO PARA DISPONIBILIZAR
VERSÕES ELETRÔNICAS DE TESES E DISSERTAÇÕES
NA BIBLIOTECA DIGITAL DA UFG**

Na qualidade de titular dos direitos de autor, autorizo a Universidade Federal de Goiás (UFG) a disponibilizar, gratuitamente, por meio da Biblioteca Digital de Teses e Dissertações (BDTD/UFG), regulamentada pela Resolução CEPEC nº 832/2007, sem ressarcimento dos direitos autorais, de acordo com a Lei nº 9610/98, o documento conforme permissões assinaladas abaixo, para fins de leitura, impressão e/ou *download*, a título de divulgação da produção científica brasileira, a partir desta data.

1. Identificação do material bibliográfico: Dissertação Tese

2. Identificação da Tese ou Dissertação:


Nome completo do autor: Lana Cristina Bueno Miranda

Título do trabalho: Cobertura Midiática do Sistema Único de Saúde no Brasil: Um Recorte Histórico.

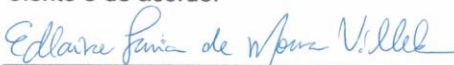
3. Informações de acesso ao documento:

Concorda com a liberação total do documento SIM NÃO¹

Havendo concordância com a disponibilização eletrônica, torna-se imprescindível o envio do(s) arquivo(s) em formato digital PDF da tese ou dissertação.


Assinatura do(a) autor(a)²

Ciente e de acordo:


Assinatura do(a) orientador(a)²

Data: 26 / 06 / 2019

¹ Neste caso o documento será embargado por até um ano a partir da data de defesa. A extensão deste prazo suscita justificativa junto à coordenação do curso. Os dados do documento não serão disponibilizados durante o período de embargo.

Casos de embargo:

- Solicitação de registro de patente;
- Submissão de artigo em revista científica;
- Publicação como capítulo de livro;
- Publicação da dissertação/tese em livro.

² A assinatura deve ser escaneada.

LANA CRISTINA BUENO MIRANDA

**COBERTURA MIDIÁTICA DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE NO
BRASIL: UM RECORTE HISTÓRICO**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Mestrado em Saúde Coletiva do Instituto de Patologia Tropical da Universidade Federal de Goiás para obtenção do Título de Mestre em Saúde Coletiva.

Área de Concentração: Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde

Linha de Pesquisa: Vigilância em Saúde

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Edlaine Faria de Moura Villela

GOIÂNIA

2019

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor, através do Programa de Geração Automática do Sistema de Bibliotecas da UFG.

CRISTINA BUENO MIRANDA, LANA
COBERTURA MIDIÁTICA DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE NO
BRASIL: UM RECORTE HISTÓRICO [manuscrito] / LANA CRISTINA
BUENO MIRANDA. - 2019.
LXXV, 75 f.

Orientador: Prof. EDLAINE FARIA DE MOURA VILLELA.
Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Goiás, Instituto
de Patologia Tropical e Saúde Pública (IPTSP), Programa de Pós
Graduação em Saúde Coletiva (Profissional), Goiânia, 2019.
Bibliografia.

Inclui siglas, abreviaturas, gráfico, tabelas.

1. SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE. 2. COBERTURA MIDIÁTICA. 3.
REPRESENTAÇÕES SOCIAIS. I. FARIA DE MOURA VILLELA,
EDLAINE, orient. II. Título.

CDU 614



Universidade Federal de Goiás
Pró-Reitoria de Pós-Graduação
Instituto de Patologia Tropical e Saúde Pública
Núcleo de Estudo em Saúde Coletiva
Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
Mestrado Profissional



ATA DE DEFESA PÚBLICA DE DISSERTAÇÃO DE MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE COLETIVA

Aos 25 dias do mês de junho de 2019, às 17h00, na 402 do Instituto de Patologia Tropical e Saúde Pública/IPTSP/UFG – Goiânia - Go, reuniu-se a Banca Examinadora constituída pelos professores: Dra. Edlaine Faria de Moura Villela (Presidente da Banca e Orientadora), Dra. Edsaura Maria Pereira (Membro Interno) e Dra. Linamar Teixeira de Amorim (Membro Externo). Em sessão pública, procederam à avaliação da defesa de dissertação intitulada: "**Cobertura Midiática do Sistema Único de Saúde no Brasil: Um Recorte Histórico**", área de concentração Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde, de autoria de **Lana Cristina Bueno Miranda**. A sessão foi aberta pela orientadora Profa. Dra. Edlaine Faria de Moura Villela, que fez a apresentação formal dos Membros da Banca e orientou a candidata sobre utilizar o tempo de 30 minutos para sua exposição com 20 minutos para arguição dos componentes da banca e 20 minutos para resposta da mestranda. Terminada a exposição da mestranda e a fase de arguição, a banca se reuniu em ambiente privado para proceder à avaliação da defesa. Em face do resultado obtido, cumprindo todos os requisitos para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva, pela Universidade Federal de Goiás a Banca Examinadora considerou a candidata APROVADA (Aprovada ou Reprovada). Cumprindo as formalidades de pauta, às 18:45 horas a presidência encerrou esta sessão de Defesa Pública de Dissertação do Mestrado Profissional em Saúde Coletiva. Nada mais havendo, foi lavrada a presente ata, que, após lida e aprovada segue assinada pelos membros da Banca Examinadora.

Prof. Dra. Edlaine Faria de Moura Villela
Presidente e Orientadora / UFG

Prof. Dra. Edsaura Maria Pereira
Membro Interno

Prof. Dra. Linamar Teixeira de Amorim
Membro Externo

FOLHA DE APROVAÇÃO

LANA CRISTINA BUENO MIRANDA

COBERTURA MUDIÁTICA DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE NO BRASIL: UM RECORTE HISTÓRICO

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Instituto de Patologia Tropical e Saúde Pública da Universidade Federal de Goiás para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Aprovada em: ____/____/____.

BANCA EXAMINADORA

Prof.^a. Dr.^a Edlaine Faria de Moura Villela – Orientadora e Presidente
Mestrado Profissional em Saúde Coletiva – Universidade Federal de Goiás (UFG)

Prof.^a. Dr.^a Edsaura Maria Pereira – Membro Interno (Titular)
Mestrado Profissional em Saúde Coletiva – Universidade Federal de Goiás (UFG)

Prof. Ms. Elias Rassi Neto – Membro Interno (Suplente)
Mestrado Profissional em Saúde Coletiva – Universidade Federal de Goiás (UFG)

Prof.^a. Dr.^a Linamar Teixeira de Amorim – Membro Externo (Titular)
Universidade Federal de Goiás (UFG)

Prof.^a. Dr.^a Nusa de Almeida Silveira – Membro Externo (Suplente)
Mestrado Profissional em Saúde Coletiva – Universidade Federal de Goiás (UFG)

Dedico este trabalho aos meus pais, pela presença constante, pelo exemplo de perseverança, pela força e honradez, pelo apoio incondicional.

Aos meus filhos, pelo amor, companheirismo e amizade.

AGRADECIMENTOS

A Deus, por sua Graça e Misericórdia; por até aqui ter me ajudado, me dando forças e sabedoria para a execução deste trabalho.

À minha orientadora, professora Edlaine Faria de Moura Villela, pela orientação, amizade, incentivo, dedicação e paciência a cada encontro.

À professora Nusa, por me apresentar ao mundo das representações sociais, abrindo horizontes para novas descobertas.

Aos professores Elias Rassi Neto, Edsaura Maria Pereira e Linamar Teixeira Amorim, pela disposição em participar do processo da minha qualificação e defesa.

Aos colegas da turma do Mestrado Profissional em Saúde Coletiva, Turma 7, que estiveram juntos nesta caminhada, pela troca incessante de experiências.

A tantos outros que me acompanharam nesta jornada, pela torcida e incentivo.

“Você ganha força, coragem e confiança através de cada experiência em que você realmente para e encara o medo de frente.”

Eleanor Roosevelt

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

Abin	Agência Brasileira de Inteligência
Abrasco	Associação Brasileira de Saúde Coletiva
Aids	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
Anatel	Agência Nacional De Telecomunicações
Ancine	Agência Nacional do Cinema
ANS	Agência Nacional de Saúde Suplementar
AVC	Acidente Vascular Cerebral
AZT	Azidotimidina
Brasscom	Associação Brasileira das Empresas de Tecnologia da Informação e Comunicação
Cicis	Comissão Intersectorial de Comunicação e Informação em Saúde
Ciespal	Centro Internacional de Estudos Superiores em Periodismo para a América Latina
CNS	Conselho Nacional de Saúde
Confecom	Conferência Nacional de Comunicação
Contel	Código Brasileiro de Telecomunicações
DIP	Departamento de Imprensa e Propaganda
DNSP	Departamento Nacional de Saúde Pública
DSC	Discurso do sujeito coletivo
EBC	Empresa Brasil de Comunicação
Ensp	Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca
EUA	Estados Unidos da América
GRAACC	Grupo de Apoio ao Adolescente e Criança com Câncer
HER2+	Receptor Tipo 2 do Fator de Crescimento Epidérmico Humano
HIV	Vírus da imunodeficiência humana
HPV	Papiloma vírus humano
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
Icict	Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde
Inamps	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
Inovalcict	Revista Institucional

Laces	Laboratório de Pesquisa em Comunicação e Saúde
MCTIC	Ministério das Comunicações da Ciência, Tecnologia, Inovações e Comunicações
Nomic	Nova Ordem Mundial da Informação e Comunicação
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
Opas	Organização Pan-Americana da Saúde
PIDCP	Pacto Internacional sobre Direitos Cíveis e Políticos
PEC	Proposta de Emenda Constitucional
PUC	Pontifícia Universidade Católica
RECIIS	Revista Eletrônica de Comunicação, Informação e Inovação em Saúde
Rehuf	Programa Nacional de Restruturação dos Hospitais Universitários Federais
Ripsa	Rede Interagencial de Informações para a Saúde
RSB	Reforma Sanitária Brasileira
SCE	Secretaria de Serviços de Comunicação Eletrônica
SIC	Superintendência de Informação Científica
SNES	Serviço Nacional de Educação Sanitária
SNI	Serviço Nacional de Informações
SSI	Subsecretaria de Informações
STJ	Supremo Tribunal de Justiça
Suds	Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TCU	Tribunal de Contas da União
TIC	Tecnologias da Informação e Comunicação
TRS	Teoria das representações sociais
UNESCO	Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura
URU	Uruguai
USP	Universidade de São Paulo

MIRANDA, L.C.B. **Cobertura midiática do Sistema Único de Saúde no Brasil: um recorte histórico** [Qualificação]. Goiânia (GO): Mestrado Profissional, Convênio Universidade Federal de Goiás, Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva e Secretaria de Estado da Saúde (UFG/NESC/SES), Goiânia; 2019.

RESUMO

A sociedade contemporânea tem presenciado o crescimento do fluxo informacional. A divulgação crescente de informações e dados pelos meios de comunicação de massa abrange temas diversos com pouca ou nenhuma preocupação com a qualidade, veracidade e contexto das notícias apresentadas. Estudos têm exposto a relação entre a mídia e temas de saúde, evidenciando a hipervalorização de temas irrelevantes e o silenciamento midiático acerca de preocupações importantes. Considerando a relação entre a mídia e o Sistema Único de Saúde, esta pesquisa se propôs a investigar como a imagem do SUS foi construída pela mídia no momento de sua criação e como está sendo concebido atualmente. Para tanto, realizou-se levantamento e análise de notícias e reportagens publicadas sobre o SUS em um jornal e uma revista de grande circulação no Brasil, em dois períodos, de janeiro de 1988 a dezembro de 1991 e de março de 2016 a março de 2018. O estudo comparativo desses recortes históricos permitiu compreender o contexto sociopolítico do SUS e identificar os principais assuntos abordados pela mídia ao longo dos períodos estudados, conduzindo a reflexões que contribuem para a consolidação e o fortalecimento do SUS frente ao cenário atual.

Palavras-chave: Sistema Único de Saúde. Cobertura Midiática. Representações Sociais.

MIRANDA, L.C.B. **Cobertura midiática do Sistema Único de Saúde no Brasil: um recorte histórico** [Qualificação] Goiânia (GO): Mestrado Profissional, Convênio Universidade Federal de Goiás, Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva e Secretaria de Estado da Saúde (UFG/NESC/SES), Goiânia; 2019.

ABSTRACT

Contemporary society has witnessed the growth of the information flow at an enormous rate. The growing dissemination of information and data by the mass media covers diverse topics with little or no concern for the quality, truthfulness and context of the news presented. Studies have exposed the relationship between the media and health issues, evidencing the hypervaluation of irrelevant themes and the media silencing about important concerns. Considering the relationship between the media and the Unified Health System, this research aimed to investigate how the SUS image was built by the media at the time of its creation and as it is currently being conceived. For that, a survey and analysis of news and published reports about SUS was carried out in a newspaper and a magazine of great circulation in Brazil, in two periods, from January 1988 to December 1991 and from March 2016 to March 2018. The comparative study of these historical data made it possible to understand the socio-political context of the SUS and to identify the main issues addressed by the media throughout the during the study periods, leading to reflections and contributing to the consolidation and strengthening of SUS in its current scenario.

Key-words: Single Health System. Media coverage. Social representations.

SUMÁRIO

DEDICATÓRIA

AGRADECIMENTOS

EPIGRAFE

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

RESUMO/PALAVRAS CHAVE

ABSTRACT/KEY-WORDS

APRESENTAÇÃO	12
1 INTRODUÇÃO	13
2 OBJETIVOS	16
2.1 Objetivos Geral	16
2.2 Objetivos Específicos	16
3 CONTEXTUALIZAÇÃO HISTÓRICA	17
3.1 Instituições de Comunicação e Legislação Brasileira	17
3.2 Comunicação na Saúde	20
3.3 Regulamentação da Mídia e a Comunicação na Saúde	23
4 REFERENCIAL TEÓRICO	28
4.1 Informação, Comunicação e Notícia.....	28
5 REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLÓGICO	32
5.1 Representações Sociais.....	32
6 METODOLOGIA	34
6.1 Tipo de Estudo e Período	34
6.2 Coleta de Dados.....	34
6.3 Análise dos Dados.....	35
7 RESULTADOS E DISCUSSÕES	38
7.1 Formulação de Categorias.....	38
7.2 Elaboração dos Discursos.....	44

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS	66
REFERÊNCIAS	68

APRESENTAÇÃO

Minha graduação em biomedicina pela Pontifícia Universidade Católica de Goiás ocorreu em 2006. No ano seguinte, via PUC-GO, ingressei em uma pós-graduação lato sensu em hematologia laboratorial. Em 2008 fui aprovada em um concurso público promovido pela prefeitura de São Luís de Montes Belos, minha cidade natal e onde residia desde o término da graduação. Foi assim que ingressei no quadro de funcionários do Sistema Único de Saúde (SUS).

Naquele mesmo ano fui convidada a ministrar aulas no curso de farmácia oferecido pela então Faculdade Montes Belos, hoje Centro Universitário Montes Belos. A vivência de nove anos como servidora pública e docente me proporcionou experiências incríveis e uma ânsia por mais conhecimento e descobertas. Em reunião com colegas da Regional de Saúde Oeste II, soube da existência do Mestrado Profissional em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Goiás. Meu momento pessoal era conturbado, ainda assim, com dez dias para o final das inscrições, esbocei um projeto, realizei as provas e fui aprovada! Um velho sonho de ingressar em um mestrado, um novo começo! A cada aula, a cada novo professor, um turbilhão de indagações e a certeza de que o curso faria diferença na minha vida profissional e cidadã.

Então, fui apresentada a um novo campo de pesquisa, um novo desafio, e, novamente, uma experiência que se mostraria apaixonante: comunicação e saúde. Eu queria saber mais sobre a área. Nada mais razoável do que participar dela, processo que começou com uma aprovação para participar da 5ª Escola de Verão da Associação Latino-Americana de Investigadores em Comunicação, em Montevidéu, Uruguai. Sem exagero, uma nova perspectiva acadêmica surgiu. E a cada artigo, a cada livro, a cada reportagem, eu enxergava o encontro do saber científico com o saber técnico e popular.

A jornada dissertativa que iniciei há dois anos me permitiu perceber, paulatina e consistentemente, a importância da comunicação no campo da saúde, notadamente aquela voltada para o usuário do SUS. Este trabalho é resultado de uma reflexão crítica sobre as lacunas informacionais que dificultam o processo de construção de uma saúde emancipatória que permita ao conjunto da população e a cada indivíduo ter autonomia sobre o cuidado que lhes é oferecido no sistema público de saúde.

1 INTRODUÇÃO

A sociedade contemporânea vem experimentando um crescimento acelerado dos fluxos informacionais, estabelecendo uma complexa cadeia comunicacional pela qual várias vozes se unem para buscar, alterar e reconfigurar a informação (PITTA, 1996/1997; COUTINHO, LISBÔA, 2011).

Segundo Silva, Cruz e Melo (2007), há uma divulgação crescente de informações e dados sobre doenças, vacinas, pesquisas, diagnósticos, novos tratamentos e epidemias, entre outros. Contudo, a mera divulgação de dados em quantidade e velocidade cada vez maiores não é suficiente. No campo da saúde, como em todas as dimensões sociais, é preciso evidenciar a informação de forma clara, fiável, credível, compreensível, inequívoca na sua interpretação, de modo a permitir que todo sujeito possa se apropriar do conhecimento (SILVA, CRUZ, MELO, 2007; CECCHI, 2008; JUNG, 2018; JUNG, CHOI, LEE, 2015).

Para Castiel e Vasconcellos-Silva (2006), em meio a situações de crise, uma informação “definidora de rumos” é almejada e de grande valia, com potencial, acrescentam Fung et al. (2016), de tornar o público menos vulnerável à desinformação ou a uma informação contraditória. Esta, observam os autores, pode gerar incertezas, medo, pânico. Foi o caso, por exemplo, da cobertura do surto de ebola registrado na Nigéria, em 2014 (FUNG et al., 2016; OLIVEIRA, 2017).

Nos últimos anos, estudos têm investigado e exposto a relação entre os meios de comunicação de massa e os temas de saúde. No que diz respeito à saúde pública, muitas dessas pesquisas visam a monitorar de forma crítica o modo pelo qual esses meios de comunicação estabelecem sentidos que circulam no cotidiano sobre o Sistema Único de Saúde, que em 2018 completou 30 anos. São diagnósticos, interpretações e propostas acerca de assuntos debatidos na arena midiática e que produziram a imagem do SUS na arena pública (LERNER, SACRAMENTO, 2014; BRASIL, 2015; D’AVILA, TRIGUEIROS, 2017; CARDOSO, ROCHA, 2018; CAMPOS, 2018; SANTOS, 2018; LIMA, CARVALHO, COELI, 2018; PAIM, 2018; DUARTE, EBLE, GARCIA, 2018; SACRAMENTO, 2019).

Cavaca et al. (2015), em investigação sobre a cobertura midiática de temas de saúde em Portugal, constataram que um grande volume de questões banais, porém

valorizadas pela mídia por serem destaque no mundo artístico. Os autores problematizam esse enaltecimento das questões irrelevantes, observando que “[...] a hipervalorização da divulgação de temáticas irrelevantes (ou até mesmo fúteis) em saúde acentua, em sentido contrário, o silenciamento midiático acerca de preocupações relevantes (mesmo que desinteressante aos media)” (CAVACA et al., 2015, p. 3577). Seja como for, as ações comunicacionais e informacionais sempre impactam as formas de entendimento da população sobre o SUS, conforme Oliveira (2000).

No que tange à comunicação de massa, notadamente em sua vertente jornalística, postulam Malinverni e Cuenca (2017), os discursos sobre o SUS são, muitas vezes, de desqualificação. Por isso, alertam, é preciso

[...] superar a visão quase romântica de que a imprensa, sobretudo em sua vertente privada, é potencialmente uma parceira desinteressada e solidária do Sistema Único de Saúde. Ela não é. (MALINVERNI, CUENCA, 2017, p. 110).

Na mesma perspectiva, para os sanitaristas reunidos na Pitta (1996/1997), os meios de comunicação de massa têm se apresentado como ferramentas que agem em oposição ao sistema público de saúde, e por conseguinte, contra a cidadania. Lima (2014) corrobora, destacando que a mídia se coloca como um quarto poder a serviço da sociedade, daí a importância de se levar em consideração a simbologia midiática na manutenção de seus interesses e garantia de seus monopólios.

Por outro lado, aponta Jung (2018), na saúde pública é comumente alegado que o público, sempre visto como leigo, não está capacitado para assimilar os principais conhecimentos de saúde, tampouco tomar decisões em situações de conflito. Santos (2012), analisando os editoriais sobre saúde em um periódico pernambucano, relata que todos eles eram unânimes em rotular o poder público como incapaz, ineficiente e mau gestor.

Nesse cenário de tensões, a cobertura midiática da saúde brasileira vem privilegiando a individualidade, voltando-se frequentemente para temas que envolvam cuidados com o corpo e a estética e, assim, estimulando o mercado cosmético, fitness e farmacêutico (MEDEIROS, SOUZA, 2017; CAVACA et al., 2015). Cirino e Tuzzo (2015), em um apanhado de pesquisas sobre saúde e mídia no contexto goiano,

demonstram uma superficialidade na cobertura jornalística da saúde, sem orientação em relação aos direitos do cidadão e do funcionamento do SUS.

O presente estudo, no lastro desses debates, realiza uma investigação sobre como a imagem do Sistema Único de Saúde foi construída no momento de sua criação e como tem sido concebida atualmente. Na medida em que resgata discursos e mensagens veiculadas nesses dois momentos, colabora para a consolidação e o fortalecimento do SUS. Isso porque entendemos que conhecer os principais assuntos abordados pela mídia de massa possibilita a identificação de aspectos da saúde midiaticamente evidenciados ou negligenciados, permitindo que cientistas, gestores e governantes se apoderem de informações que subsidiem a tomada de decisões na gestão do sistema.

Por fim, pretende-se conhecer as principais diferenças do processo comunicativo de massa presentes na formação do SUS e após 30 anos de sua criação. Igualmente, essa abordagem favorece uma reflexão crítica sobre possíveis progressos e os principais entraves na prática comunicativa. Essa etapa contou com uma revisão da literatura científica sobre o campo de comunicação e saúde.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Investigar o processo de construção midiática do Sistema Único de Saúde, em dois meios de comunicação de abrangência nacional, em dois recortes históricos. O primeiro, que corresponde ao momento de sua formação, vai de janeiro de 1988 a dezembro de 1991. O segundo momento, atual, de março de 2016 a março de 2018.

2.2 Objetivos Específicos

- Identificar o noticiário sobre o SUS veiculado nos dois períodos e verificar como a prática discursiva midiática contribuiu para a construção da imagem do SUS.
- Resgatar as representações sociais contidas nos discursos e mensagens veiculadas pela mídia sobre os principais temas relacionados ao SUS.
- Descrever as principais diferenças do processo comunicativo de massa da época da criação do SUS em comparação com o panorama atual.

3 CONTEXTUALIZAÇÃO HISTÓRICA

3.1 Instituições de Comunicação e Legislação Brasileira

No Ocidente, o marco inicial da compreensão da comunicação como direito é a Declaração Universal dos Direitos Humanos, adotada pela Organização das Nações Unidas (ONU) em 1948, e o Pacto Internacional sobre Direitos Civis e Políticos (PIDCP)¹, de 1966, que estabeleceu que toda pessoa é livre para expressar, sem interferências, opiniões e procurar, receber e transmitir informações e ideias por quaisquer meios, independentemente de fronteiras (BARBOSA, BRANT, 2010).

No começo dos anos 1970, já sob esse arcabouço legal, surgiu o projeto Nova Ordem Mundial da Informação e Comunicação (Nomic), também de internacional, que visava à reorganização dos fluxos globais de informação por meio de diversas ações governamentais e do terceiro setor. Apoiado pela Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (UNESCO, 1983), esse projeto redundou, em 1977, na Comissão Internacional para o Estudo da Comunicação, cujos trabalhos geraram o documento “Um mundo e muitas vozes – comunicação e informação na nossa época”, que ficou conhecido como Relatório MacBride, publicado em 1980 e até hoje uma referência sobre a importância da comunicação na sociedade contemporânea, apontam Pinheiro e Lofêgo (2012).

Em território latino-americano, seguindo a linha de crítica ao modelo desenvolvimentista de comunicação, destaca-se a criação do Centro Internacional de Estudos Superiores em Periodismo para a América Latina (Ciespal), a partir de um convênio da Unesco com o governo do Equador, em 1950, com o objetivo de melhorar a formação docente no ensino de jornalismo (PINHEIRO, LOFÊGO, 2012).

No Brasil, a comunicação começou a se desenvolver com a chegada da família real à então Colônia, em 1808. Um dos primeiros atos do monarca Dom João VI foi a criação da Imprensa Régia, em 1808, origem da imprensa escrita brasileira. A atividade editorial, embora incipiente, era controlada pelo poder real, que censurava previamente tudo que era publicado no país. Depois que dom João deixou o Brasil,

¹ O PIDCP, junto com a própria declaração e o Pacto Internacional dos Direitos Econômicos Sociais e Culturais (PIDESC), também lançado em 16 de dezembro de 1966, constituem a Carta Internacional dos Direitos Humanos da ONU

um decreto publicado em 2 de março de 1821 aboliu a censura prévia e regulou a liberdade de imprensa. Baseada na legislação portuguesa, essa lei é considerada a primeira do tipo do país (PAULINO, 2008).

As bases regulatórias da mídia brasileira seriam lançadas quase uma década depois, em 1830, com a instituição do primeiro Código Criminal do Brasil, então sob regime imperial. Contudo, foram necessários mais de cem anos para que o país criasse o primeiro regulamento no setor de comunicações, voltado especificamente para os serviços de radiocomunicação no território nacional, por meio do decreto 20.047, de 1931, aprovado pelo decreto 21.111, de 1932. A partir daí o rádio passou a ser um serviço de competência da União, podendo ser explorado diretamente pelo Estado ou por emissoras privadas, com finalidade comercial, por concessão governamental (BARBOSA, BRANT, 2010; PAULINO, 2008; VALENTE, 2013).

Em meados de 1962, a lei 4.117/62 instituiu o Código Brasileiro de Telecomunicações, que salvaguardava vários princípios dos decretos supracitados, e estabeleceu o Conselho Nacional de Telecomunicações (Contel) como órgão responsável pelo acompanhamento e regulação/regulamentação das comunicações (PAULINO, 2008; BRASIL, 1962).

Pouco depois, em 1967, por meio do Decreto-lei nº 200, foram criados os ministérios das Comunicações e o da Saúde². No mesmo ano, a Lei nº 5.250, ainda em vigor, regulamentou a liberdade de manifestação de pensamento e informação, prevendo, entre outros pontos, pena de prisão para jornalistas e responsáveis por produtos editoriais por qualquer tipo de abuso no exercício profissional (PAULINO, 2008). Essa lei, em seu Capítulo III, artigo 16, define:

Art. 16. Publicar ou divulgar notícias falsas ou fatos verdadeiros truncados ou deturpados, que provoquem: I – perturbação de ordem pública ou alarma social; [...] IV – sensível perturbação na cotação das mercadorias e dos títulos imobiliários no mercado financeiro. Pena: De 1 (um) a 6 (seis) meses de detenção, quando se tratar do autor do escrito ou transmissão incriminada, e multa de 5 (cinco) a 10 (dez) salários-mínimos da região. (BRASIL, 1967).

² Esse decreto-lei desmembrou o Ministério da Educação e Saúde Pública, que fora criado em 14 de novembro de 1930, por Getúlio Vargas, então chefe do governo ditatorial, que ficou conhecido como Estado Novo, criou.

No que concerne ao direito à informação e comunicação, o principal avanço se deu com a Constituição de 1988, que em seu Título II, Capítulo I, artigo 5º, inciso XIV, declara: “[...] é assegurado a todos o acesso à informação e resguardado o sigilo da fonte, quando necessário ao exercício profissional” (BRASIL, 2016, p. 13). O texto constitucional está, portanto, em consonância com os já citados instrumentos da ONU (BARBOSA, BRANT, 2010).

Assim, como prática social que faz parte do cotidiano, sendo discursos sociais ou formas de representação do real (MEDEIROS, SOUZA, 2017; BRASIL, 2016), a comunicação e a informação passaram a ser reconhecidas constitucionalmente como um direito dado mediante garantias fundamentais. É o que expressa o Título II, Capítulo I, artigo 5º, inciso IV, IX, XXXIII da Constituição:

[...] é livre a manifestação do pensamento, sendo vedado o anonimato; IX – é livre a expressão da atividade intelectual, artística, científica e de comunicação, independentemente de censura ou licença; XXXIII – todos têm direito a receber dos órgãos públicos informações de seu interesse particular, ou de interesse coletivo ou geral, que serão prestados no prazo da lei, sob pena de responsabilidade, ressalvadas aquelas cujo sigilo seja imprescindível à segurança da sociedade e do Estado. (...) A manifestação do pensamento, a criação, a expressão e a informação, sob qualquer forma, processo ou veículo não sofrerão qualquer restrição, observado o disposto na Constituição (BRASIL, 2016, p. 13-14; p. 129).

Barbosa e Brant (2010) definem como complexo o quadro regulatório das políticas públicas de comunicação, que passou por importantes alterações, antes e depois de promulgada a atual norma constitucional. O Código Brasileiro de Telecomunicações, que é de 1962, foi modificado em 1967, início da ditadura civil-militar, que se estenderia até 1985. Reduzido a fragmentos depois da aprovação da Lei Geral das Telecomunicações (Lei 9.442/1997), manteve válidos apenas os artigos relativos à radiodifusão. A evolução tecnológica e as novas demandas comerciais do setor também impuseram novas regras. Foi o caso de dois ordenamentos legais criados em 1995: a Lei 8.977, que regulamentava os serviços de TV a cabo, incipiente à época, e a Emenda Constitucional nº 8, que quebrou o monopólio estatal das telecomunicações. Já no início dos anos 2000, foi promulgada a Emenda Constitucional nº 36 (2002), que autorizou a participação do capital estrangeiro em 30% do controle acionário de empresas nacionais de comunicação (radiodifusão e jornalismo) (BARBOSA, BRANT, 2010).

A esse intrincado cenário soma-se a fragmentação das responsabilidades pela regulação da mídia no Brasil por diversas instituições públicas. Ao Ministério das Comunicações da Ciência, Tecnologia, Inovações e Comunicações – MCTIC (nomenclatura vigente desde 2016, por força da Lei nº 13.341) e a Casa Civil da Presidência da República estruturam as políticas de regulação, ficando a sua execução/fiscalização a cargo das agências reguladoras (Ancine e Anatel). No âmbito da comunicação, o MCTIC regula o rádio e a tevê (VALENTE, 2013; PAULINO et al, 2017).

3.2 Comunicação na Saúde

Lourenço et al. (2012), em análise histórica e filosófica, observam que a trajetória da humanidade acompanha, ao longo do tempo, a construção do conceito de saúde, sofrendo influências próprias de cada período.

No caso brasileiro, apontam Paim et al. (2011), um período é particularmente importante: o começo da década de 1970, momento reconhecido como o mais duro da ditadura, tanto que ficou conhecido como “anos de chumbo”. Se na seara política o quadro era extremamente difícil, do ponto de vista da economia o país vivia um momento de vertiginoso crescimento, chamado “milagre econômico”. Porém, a má distribuição da riqueza que o país gerava não proporcionava melhorias na qualidade de vida da maioria da população, à exceção das classes mais privilegiadas.

Ao mesmo tempo, florescia no Brasil um amplo movimento social que visava a uma reforma do setor de saúde, que naquele momento de crise mundial estava na contramão das propostas, que questionavam a manutenção do estado de bem-estar social. Era o início da Reforma Sanitária Brasileira, que reunia iniciativas de diversos setores da sociedade, associados à academia (notadamente os departamentos de medicina preventiva), aos sindicatos de trabalhadores, aos movimentos populares e aos partidos políticos de esquerda, ilegais à época (PAIM, 2012). Sua principal bandeira, conta o autor, a defesa da saúde como uma questão social e política a ser abordada no espaço público.

No período colonial, que se estendeu por 300 anos, os serviços de saúde no país estavam restritos ao trabalho de cirurgiões do exército português. Com a vinda da família real para o Brasil em 1808, a saúde pública começou a ganhar uma estrutura

mínima, de que é marco a criação da primeira organização nacional de saúde pública no Brasil, centrada no Provedor-Mor de Saúde da Corte e do Estado do Brasil, embrião do Serviço de Saúde dos Portos, com delegados nos Estados; e concessão de alvará sobre regimentos e jurisdição do físico-mor e cirurgião-mor e seus delegados³. Mas foi em 1828, logo após declarada a Independência, que se deu a primeira grande mudança, com a publicação da lei de municipalização dos serviços de saúde, por meio das Juntas Municipais, função exercida até então pelo físico-mor, cirurgião-mor e seus delegados. No mesmo ano foi criada a Inspeção de Saúde Pública do Porto do Rio de Janeiro⁴, e posteriormente para os Estados, já na República.

Em 1920, pelo decreto nº 3.987, regulamentado pelo decreto nº 14.354, foi instituído o Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP), subordinado ao Ministério da Justiça e Negócios Interiores (HOCHMAN, 1993; PAULINO, 2008). Araújo e Cardoso (2007) citam a criação do DNSP como a referência mais saliente da relação entre comunicação e política públicas, ao abarcar a propaganda e educação sanitária como estratégias de saúde.

Em 1930, com a criação do já mencionado Ministério da Educação e Saúde Pública, intensificou-se a estruturação do setor. Em 1941 foram instituídos 12 serviços nacionais, entre eles o Serviço Nacional de Educação Sanitária (SNES), cujas atividades incluíam divulgação e educação sanitária com o apoio do Departamento de Imprensa e Propaganda (DIP), criado em 1939, que serviu como instrumento de censura e propaganda do Estado Novo (PAULINO, 2008; BATALHA, 2007).

Àquela altura, já havia sido criado o Conselho Nacional de Saúde (CNS) (Lei nº 378/1937). Com a separação do Ministério da Saúde em 1953, o Decreto nº 34.347 regulamentou o CNS⁵, que deixou de discutir apenas demandas internas e passou a colaborar com o ministro de Estado, fomentando as bases gerais dos programas de proteção à saúde (BRASIL, 1998; 2014).

Do ponto de vista da comunicação e saúde, é importante destacar a criação, em 1982, do programa Radis de Comunicação e Saúde, pela Escola Nacional de Saúde Pública

³ FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE. **Cronologia histórica da saúde pública**. Brasília, 7 ago. 2017. Disponível em: <<http://www.funasa.gov.br:8080/cronologia-historica-da-saude-publica#wrapper>>. Acesso em: 7 jun. 2019.

⁴ Idem.

⁵ BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **História do CSN**. Brasília, DF, [s.d.]. Conselho Nacional de Saúde. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/apresentacao/historia.htm>>. Acesso em: 13 abr. 2019.

Sérgio Arouca (Ensp/Fiocruz). Projeto nacional e permanente de jornalismo crítico e independente em saúde pública, editou várias publicações, entre elas a revista *Tema*, o *Jornal do Radis*, transformado na atual *Revista Radis* (FIOCRUZ, 2018). Poucos anos depois, em 1986, a Fiocruz instalou a Superintendência de Informação Científica (SIC), atual Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde (Icict), com o intuito de desenvolver estratégias e executar ações de informação e comunicação no campo da ciência e tecnologia em saúde.

Em 1994, a Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (Abrasco), um importante braço da RSB, criou o grupo temático Comunicação e Saúde. Orientado pelo ideário da reforma sanitária e pelos princípios doutrinários do SUS (universalidade, equidade e integralidade), o grupo atua na perspectiva de que a comunicação é parte fundamental da saúde (PITTA, 1996/1997).

Em cooperação com o Ministério da Saúde, a Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial de Saúde (Opas/OMS) instituiu a Rede Interagencial de Informações para a Saúde (Ripsa), em 1996, com o propósito de contribuir com a produção, a análise e a disseminação de informações para saúde. Mais de 30 instituições participam da Ripsa, algumas na área de informação, como o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), e segmento acadêmico como a Abrasco (PITTA, 1996/1997).

Essas iniciativas deram relevância ao campo, sendo a comunicação e informação em saúde eixo temático da Conferência Nacional de Saúde desde sua 12ª edição, realizada em 2003. Foi um momento de intensos debates, que redundaram em uma proposta de política de informação, comunicação e informática para o SUS (SILVA, CRUZ, MELO, 2007).

A partir de 2008, por meio do Laboratório de Pesquisa em Comunicação e Saúde (Laces) do Icict/Fiocruz, foi lançado o Observatório Saúde na Mídia, que se propõe a acompanhar, de forma crítica, como os meios de comunicação retratam o SUS e impõem sentidos à saúde e ao próprio sistema (FIOCRUZ, 2019). Em 2010, a Fiocruz inaugurou a TV Canal Saúde. A fundação também publica a *RECIIS - Revista Eletrônica de Comunicação, Informação e Inovação em Saúde* e a *Inovalcict - Revista Institucional*.

3. 3 Regulamentação da Mídia e a Comunicação na Saúde

A necessidade de regulamentação da mídia se fundamenta na necessidade de garantir a paridade entre os interesses públicos e privados, ampliando a liberdade de expressão ao permitir que mais grupos exponham suas opiniões na arena pública (VALENTE, 2013; PAULINO, 2008).

Em relação à comunicação e à informação, a Constituição e os tratados internacionais ratificados pelo Brasil estão em sintonia com modelos democráticos de outros países que investem na promoção do acesso à informação pública, na garantia do direito de resposta, preservação da intimidade, honra e vida privada, além de proibir expressamente qualquer censura de natureza política, ideológica e artística. Mas o conjunto da legislação brasileira é inconsistente, desatualizado e omissivo, principalmente no que diz respeito à regulação dos serviços de radiodifusão comercial, comunitária e pública, constituindo uma ameaça à liberdade de expressão e estabelecendo uma condição assimétrica de acesso aos veículos de comunicação (BARBOSA et al., 2017, p. 79).

As propostas de regulamentação da atividade da mídia, quando surgem, são interpretadas como tentativas do governo em limitar a expressão de opiniões na sociedade. Rotineiramente o termo censura tem sido usado pelos meios de comunicação comerciais e suas entidades representativas na crítica aos projetos de regulamentação midiática (LIMA, 2014; VALENTE, 2013).

O embate por detrás dessa regulamentação passa pelo campo político e comercial. O setor de comunicações e suas tecnologias foram responsáveis por 7,1% do PIB global em 2018, segundo dados da Associação Brasileira das Empresas de Tecnologia da Informação e Comunicação (Brasscom). Nesse contexto, de alta lucratividade não é incomum a manipulação e conchavos políticos entre os donos ou controladores dos grupos de comunicação, sempre com vistas a vantagens financeiras, políticas ou interesses diversos (VALENTE, 2013; BARBOSA, BRANT, 2010; EICHELBAUN, 2019; MALINVERNI, CUENCA, 2017).

No Brasil, o quadro é ainda mais grave. Cerca de cinco famílias controlam a quase totalidade dos produtos de comunicação, ao menos quatro delas (grupos Globo, Record, SBT e Folha) atuam em forma de oligopólio cruzado, oferecendo produtos aos mercados editorial, audiovisual (TV, rádio e cinema), fonográfico e virtual (MALINVERNI, CUENCA, 2017).

Conforme Aires e Santos (2017), um documento do extinto Serviço Nacional de Informações (SNI) e da Subsecretaria de Inteligência (SSI), depois transformada na atual Agência Brasileira de Inteligência (Abin), aberto ao público por meio do Arquivo Nacional, demonstra que a ligação política é vital para a existência dos meios de comunicação no país. As autoras destacam que os arquivos evidenciam que dos 30 maiores políticos latifundiários brasileiros pelo menos 7 são donos de rádio ou emissoras de televisão. Em um capítulo intitulado “Sempre em família”, elas destrincham as relações lúgubres entre as principais empresas de mídia e políticos brasileiros:

É importante marcar que é usual, no mesmo núcleo familiar, pessoas com cargos importantes nos meios de comunicação e políticos e/ou as pessoas à frente dos meios de comunicação terem, elas próprias, atividades políticas (AIRES, SANTOS, 2017, p. 25).

O forte corporativismo midiático brasileiro não apenas evidencia interesses econômicos, como também relações políticas e ideológicas, desferindo na notícia seu valor de troca e mantendo seus monopólios (LIMA, 2014; OLIVEIRA, 2000; MALINVERNI, CUENCA, 2017; PAULINO et al., 2016), indo de encontro com a teoria de hegemonia proposta pelo filósofo marxista Antonio Gramsci. De acordo com Moraes (2010), Gramsci esclarece a posição dos meios de comunicação na contemporaneidade. No entender do filósofo italiano, “[...] a hegemonia pressupõe a conquista do consenso e da liderança cultural e político-ideológica de uma classe ou bloco de classes sobre as outras” (MORAES, 2010, p. 54). Ao observar os embates pela hegemonia, Gramsci se refere a duas sociedades, a política e a civil, caracterizando-as, na devida ordem, como “dominação” e “hegemonia”.

O conceito de hegemonia de Gramsci diz respeito à qualidade das estratégias que as classes dominantes utilizam para coagir e ao mesmo tempo obter consentimento do Estado para seguir com sua dominação junto à sociedade civil (KATZ, 2007).

Valente (2013) define o monopólio midiático como fruto de um projeto neoliberal pautado na redução da ação do Estado para garantir direitos e ampliar a mercantilização dos serviços. Desse modo, os meios de comunicação, na condição de distribuidores exclusivos de conteúdos midiáticos, demarcam a ideologia da ordem hegemônica, sendo o mercado e o consumo dominados por seus interesses

(MORAES, 2010). Nesse sentido, é imperioso dizer que os veículos de comunicação não são imparciais ou apatridários. Ao contrário, eles descontroem o público em defesa do privado, aliciando o público e induzindo-o sobre o que e como pensar ou discutir.

Nesse cenário de alta complexidade, a saúde é retratada como um produto, uma mercadoria dotada de valor de troca. Produzida segundo a cultura, hábitos e valores de uma comunidade de especialistas (os empresários de mídia e os jornalistas), a notícia é carregada por critérios de noticiabilidade (*newsworthiness*) (MATHIAS, 2015; MORAES, OLIVEIRA-COSTA, MENDONÇA, 2017; OLIVEIRA, 2000; EPSTEIN, 2008; MARTINI, 2004).

Assim, jornalismo é notícia, que por sua vez é o resultado do processo de transformação da informação cotidiana em discurso jornalístico (*newsmaking*):

(...) o produto informativo parece ser resultado de uma série de negociações, orientadas pragmaticamente, que têm por objeto o que deve ser inserido e de que modo deve ser inserido no jornal, no noticiário ou no telejornal. Essas negociações são realizadas pelos jornalistas em função de fatores com diferentes graus de importância e rigidez, constrangimento e ocorrem em momentos diversos do processo de produção (WOLF, 2003 apud SILVA, 2005, p. 97).

Malinverni e Cuenca (2017) corroboram: as notícias são histórias/narrativas da comunidade de jornalistas, que opera segundo padrões linguísticos, organizacionais, sociais, culturais e ideológicos. Por isso, reforçam as autoras, nunca são a realidade em si, mas recortes discursivos de acontecimentos selecionados jornalisticamente no cotidiano, que é a fonte primária da notícia, sendo sua matéria-prima as informações/acontecimentos (voluntários, naturais ou provocados) que ocorrem em superabundância. Nessa perspectiva, ela é o resultado da interação de forças sociais, ideológicas e culturais, moduladas por fatores como lucro da empresa de mídia, competição entre editores e editorias, constrangimentos temporais, *ethos* e ideologia do jornalista e, mais recentemente, da intensa precarização do trabalho jornalístico.

A comunicação midiática é, seguramente, uma maneira eficaz para substanciar protocolos existentes, como também regradar novos comportamentos. Podem ser fontes úteis de disseminação de informações cientificamente corretas sobre surtos, doenças e desastres. Contudo, o potencial comunicativo da mídia deve ultrapassar o trivial,

garantindo o real direito à comunicação dos cidadãos, suscitando o debate público em que os indivíduos possam se expressar, ser ouvidos e considerados nas tomadas de decisões (DO, FIGUEROA, KINCAID, 2016; CRANE, BALEN, DEVKOTA et al., 2017; FUNG et al, 2016; PIETRZAK-FRANGER, HOLMES, 2014).

A comunicação em saúde precisa antecipar-se à necessidade, à demanda, apresentando em primeira mão os pontos positivos do SUS, sobrepunhando a construção de uma política pública de comunicação em consonância com os princípios do sistema público, em que todas as vozes tenham espaço – e não apenas as vozes dos grupos com melhores condições econômicas. Esse modelo proativo pode facilitar a apreensão das informações pelos diferentes atores que compõem o SUS e, a partir daí, viabilizar e enriquecer o debate em torno do direito à saúde por meio da defesa do SUS (VALENTE, 2013; BRASIL, 2017a; MALINVERNI, CUENCA, 2017).

Segundo Cardoso e Rocha (2018), a notável expansão da internet e outras mídias digitais é o traço mais marcante da nossa atualidade. Cecchi (2008) definiu as novas tecnologias como responsável por uma metamorfose no quadro informacional e no acesso a ela. Pullman, Zarzeczny e Picard (2013) acrescentam que as mídias sociais têm mudado o desenvolvimento da relação entre cientistas, políticos, profissionais de saúde e o público.

Contemporaneamente, as pessoas não apenas têm acesso à informação, como adquiriram a capacidade de distribuí-la em larga escala. Esse acesso rápido, ou mesmo instantâneo, a informações pode contribuir significativamente para a promoção da saúde em nível individual, coletivo e social. Por outro lado, essa mesma dinâmica tem levado a uma espécie de surto de desinformação, uma vez que todos agora são informantes e receptores de notícias (FIGUEIRA, 2017; CARDOSO, ROCHA, 2018; ALBALAWI, SIXSMITH, 2015).

Preocupação recente no Brasil, como nos Estados Unidos e em vários outros países, tem sido a disseminação de informação intencionalmente falsa, as chamadas *fake news*. Segundo Scheufele e Krause (2019), a desinformação é resultado de uma capacidade limitada de avaliar das pessoas, principalmente daquelas conectadas às redes sociais, e, portanto, de distinguir entre notícia e anúncio noticioso.

O direito à comunicação é sustentado no direito à liberdade de expressão e à informação, porém não tem sido suficiente para garantir a expressão individual. É necessário reivindicá-la como direito coletivo. Mais que isso, segundo Barbosa e Brant (2010, p. 38),

[...] não basta apenas disponibilizar informações e garantir sua circulação. Além do direito de ter acesso à informação, é preciso poder produzi-la e veiculá-la em condições mínimas de igualdade em relação às demais informações que circulam pela mídia.

A comunicação no SUS tem sido classificada como de “mão única”, de natureza autoritária, uma simples transmissão de informações, sem espaço para escuta, sem possibilidade de gerar apropriação por parte dos seus atores ou mesmo de viabilizar uma mudança de comportamento. Dito de outro modo, a comunicação no SUS colocando a população como mera expectadora de condutas pré-definidas (ARAÚJO, CARDOSO, MURTINHO, 2009; FERNANDES et al., 2017).

Mesmo considerando as experiências inovadoras de comunicação que estão em curso no SUS, esta continua sendo vista fundamentalmente como transmissão de informações, de execução centralizada, vertical, unilateral, com pouco ou nenhum espaço de escuta. Entre as razões para esse problema estão, é possível dizer, a concentração de recursos e infraestrutura técnica, a ênfase em estratégias para obter visibilidade midiática para gestores e não o serviço, a cristalização da ideia de que comunicação igual é o mesmo que oferecer informação (e assim modelar comportamentos), a resistência das vozes autorizadas em reconhecer outros saberes, além do perfil dos profissionais da comunicação, fortemente voltado para a lógica do mercado (ARAÚJO, CARDOSO, MURTINHO, 2009).

Neste ponto, vale resgatar Goodman, Wennerstrom e Springgate (2011), que apontam que a maior força das mídias sociais não está em transmitir informações para uma grande parcela da população e sim em envolver grupos outrora excluídos na produção e circulação das informações sobre saúde, tornando-os consumidores proativos dos serviços.

4 REFERENCIAL TEÓRICO

4.1 Informação, Comunicação e Notícia

Informar, comunicar e noticiar ações entrelaçadas no cotidiano social, midiático, educacional e epistemológico. O dicionário traz o significado da palavra informação, substantivo feminino, como:

Ato ou efeito de informar(-se); Conjunto de conhecimentos acumulados sobre certo tema por meio de pesquisa ou instrução; Explicação ou esclarecimento de um conhecimento, produto ou juízo; comunicação; Notícia trazida ao conhecimento do público pelos meios de comunicação; Explicação sobre um processo dado por funcionário de repartição após este ser despachado ou solucionado por autoridade competente; comunicação; Relatório escrito; informe; Conjunto de relatórios que, após analisados, possibilita a um comandante a tomada de decisões (MICHAELIS, 2015, grifos nossos).

Araújo e Cardoso (2007) defendem que, do ponto de vista teórico, a comunicação e a informação possuem historicamente os mesmos padrões. Em uma visão epistemológica interdisciplinar, Junior, Ribeiro e Pinheiro (2017, p. 2) postulam que a dimensão da informação à luz da ciência da informação e da comunicação “[...] se dá na geração, tratamento, armazenamento, acesso e uso (...). A informação nas Ciências da Comunicação é uma notícia que busca detalhar determinado fato.”

Já para Oliveira (2000), comunicação é diferente de informação, no que se refere à didática. Na visão do autor, enquanto informação é o conteúdo de uma mensagem, a comunicação é o processo que ajuda a promover a circulação e a compreensão daquela. De acordo com Junior, Ribeiro e Pinheiro (2017), citando Bazi (2007), a informação abarca uma soma de acontecimentos, sendo alusiva à transmissão entre emissor-destinatário, isto é, para cada indivíduo a informação pode apresentar um sentido diferente. Já a comunicação, avalia o autor, diz respeito às relações que existem ou ocorrem entre os indivíduos.

Cecchi (2008 p. 390; tradução nossa) complementa: “[...] informar é comunicar através de uma mensagem clara e inteligível por todos, é levar em conta as novas palavras que aparecem constantemente e cujo significado evolui sempre”. Jung (2018) define comunicação como uma troca de informações e opiniões entre todas as partes envolvidas no processo comunicativo.

Cardoso (1991, apud VILLELA, 2012) alerta para um aspecto fundamental da comunicação: ela deve ser entendida como um processo e não uma mera mensagem. Trata-se, portanto de um desafio. Essa perspectiva corrobora a definição de Correia (2009, p. 105): “[...] a comunicação seria o processo que permite o intercâmbio de bens simbólicos e a informação, o bem a ser trocado pelas entidades em conexão pelos processos comunicativos”. Assim, por meio do processo comunicacional as informações vão adquirindo sentido, fruto da relação entre comunicação, contexto, mídias e indivíduos (JUNIOR, RIBEIRO, PINHEIRO, 2017; PITTA, 1996/1997).

Mas este não é um processo de comunicação homogêneo e coeso, dado que sofre interferência de ruídos que dificultam a acolhida da mensagem pelo receptor, distraíndo-o, confundindo-o, bloqueando e interferindo nas suas percepções, por fim, gerando perdas no processo comunicativo. Comumente esses ruídos são derivados de diferenças de percepção e compreensão das mensagens transmitidas pelo emissor e o entendimento que o receptor tem delas (TEIXEIRA, 2012; CORREIA, 2009).

No caso do campo da saúde, Teixeira (1997, apud FERNANDES et al., 2017) refere que a comunicação, de caráter fortemente unidirecional, coloca a população como simples ouvinte de ações previamente definidas. De fato, essa é uma tese cara ao educador Paulo Freire, que criticava a utilização da mídia como mera transmissora de informação e comunicados unidirecionais, e não como meios de comunicação (MEDITSCH, FARACO, 2003, apud VILLELA, 2012).

A saúde é um potente tema gerador de notícias, porém transmitir informações sobre saúde não é uma tarefa fácil. A cobertura jornalística de saúde tem papel fundamental e decisiva na visibilização de ações, serviços e estratégias de saúde. Ao mesmo tempo, ela influencia a sociedade na sua maneira de pensar, especialmente no que tange à escolha dos assuntos a serem noticiados (ARAÚJO, 2017; MALINVERNI, CUENCA, 2017; MORAES, OLIVEIRA-COSTA, MENDONÇA, 2017).

A comunicação da saúde é, na prática, o segmento mais amplo, a comunicação da ciência. Fundamental, portanto, no processo educativo da população para compartilhamento de informações e práticas que contribuam para a conquista de melhores condições de vida (BRASIL, 2015; EPSTEIN, 2008).

A comunicação pública da ciência (e da saúde) é um produto híbrido dos discursos científico e jornalístico e apresenta características de ambos. Disto

decorre que algumas divergências valorativas entre estes discursos podem causar inadequações ou obstáculos para uma comunicação de massa sobre a saúde, principalmente, aquela dirigida às classes mais despossuídas. (EPSTEIN, 2008, p.135).

Sob uma conjuntura de visibilidade midiática, na qual todos somos consumidores e produtores de informações, Kovach e Rosenstiel (2010, apud FIGUEIRA, 2017, p. 181) questionam: “[...] como saber em que informação podemos confiar, numa era em que todos somos especialistas e cada um tem o poder de comunicar com todos?”

Como já mencionado no capítulo anterior, o ambiente midiático mudou com as novas tecnologias, gerando uma nova conformação econômica do jornalismo, viabilizando a difusão e o acesso a uma quantidade inédita de informações de saúde quase instantaneamente (OLIVEIRA, 2000; CASTIEL, VASCONCELLOS-SILVA, 2006; CARDOSO, ROCHA, 2018). Esse cenário, alerta Oliveira (2000), é preciso estar atento às relações de conflito existentes no processo comunicacional. Não existe neutralidade no processo de midiatização das informações cotidianas, e na saúde não é diferente: elas estão impregnadas por interesses econômicos, políticos e sociais, da ciência e tecnologia; expressam a busca de hegemonia, sendo por isso um espaço de conflitos, disputas, de diversidade e quantidade de vozes (PITTA, 1996/1997; BRASIL, 2014).

Ao converter acontecimentos e informações em notícias, os meios de comunicação inserem nelas sua percepção de mundo, reescrevendo o acontecimento com base em técnicas específicas resultantes de negociações sobre o que vai ou não ser noticiado (OLIVEIRA, 2000; SILVA, 2005; EPSTEIN, 2008). Cavaca et al. (2015, p. 3577) postulam que vigora na mídia uma inversão da lógica na comunicação: o que deve “[...] ser comunicado, porque importante [...]” passa a ser “[...] importante, porque comunicado”.

Telles, Costa e Severiano (2009) corroboram a tese de que os meios de comunicação são subordinados a uma classe dominante, como já descrito anteriormente na citada teoria de hegemonia de Gramsci (MORAES, 2010), com a finalidade de direcionar, imperceptivelmente, a preferência dos consumidores de acordo com seus interesses. Essa estratégia, segundo o conceito de indústria cultural de Adorno e Horkheimer (1985, apud TELLES, COSTA, SEVERIANO, 2009; SOUZA, SANTOS, 2019), dá aos

receptores da mensagem midiática a falsa impressão de que têm autonomia no processo de comunicação.

Nessa perspectiva, a indústria cultural é entendida como a instrumentalização da razão, utilizada como mecanismo de manipulação. Esse cenário coincide com a atual ação e influência do mercado produtivo, utilitário e consumista no âmbito sociocultural, inibindo a pessoa de modo anestésico de perceber o seu real nível de inserção na sociedade em razão do encantamento ao qual está submetida (SOUZA, SANTOS, 2019). A contemporaneidade, completam Castiel e Vasconcellos-Silva (2006, p. 44), nos oferece uma grande quantidade de recursos, mas também “[...] nos deixa órfãos de sentidos”.

A crescente divulgação de informações em saúde pelos meios de comunicação, sob essa lógica, ao mesmo tempo que promove a apropriação do conhecimento pelos usuários do SUS também configura-se um desafio. Isso porque, se é certo que a informação auxilia os indivíduos a tomar decisões mais conscientes, sendo parte indispensável à formação do cidadão, o excesso de informações pode acarretar uma saturação informacional (CASTIEL, VASCONCELLOS-SILVA, 2006).

Além de excessiva em termos de volume, é importante discutir o conteúdo da informação midiática. O assunto saúde costuma ser abordado em meio a inúmeras notícias irrelevantes, de forma pontual, fragmentada e, muitas vezes, desvinculada da realidade (OLIVEIRA, 2000; VILLELA, 2012). No que diz respeito especificamente ao SUS, é importante lembrar que ele é retratado na mídia como insuficiente, incapaz de ser efetivo, falho, ausente, precário (MEDEIROS, SOUZA, 2017; CARDOSO, ROCHA, 2018).

No campo da saúde a comunicação deveria investir em uma relação de troca de ideias ou mensagens. Se bem-sucedida, esse modelo tem potencial de promover um contato entre o pensamento sanitário e o pensamento do senso comum, que afetaria ambos e possibilitaria o avanço da consciência coletiva acerca das questões de saúde e doença em uma dada formação sociocultural. Problematizando esse aspecto, Villela (2012, p. 72) ressalta que a mídia pode prejudicar ou cooperar com o processo de comunicação na saúde: “A comunicação inadequada pode trazer problemas sociais e prejudicar a reputação de instituições e autoridades, mas, se bem-feita, pode informar, esclarecer, incentivar a cooperação e direcionar ações”.

5 REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLÓGICO

5.1 Representações Sociais

A teoria das representações sociais (TRS) evidencia a valorização do conhecimento cotidiano, do saber popular e do senso comum. As representações sociais, conforme define Moscovici (2003, apud SOUZA, 2015), criador da teoria, estão sempre em circulação, visto que são dinâmicas e se cruzam, transcorrem às outras por meio da linguagem e se consolidam no dia a dia em sociedade.

Para Jodelet (2001, apud GUERRA, ICHIKAWA 2011, p. 343), as representações sociais informam sobre o mundo que rodeia as pessoas, sendo “[...] uma forma de conhecimento socialmente elaborada e compartilhada, que tem um objetivo prático e concorre para a construção de uma realidade comum a um conjunto social.”

No Brasil, o seu estudo é caracterizado, segundo Walchelke (apud SOUZA, 2015), pela ligação do pensamento social à ciência aplicada. As representações sociais são sempre expressões sobre alguma coisa sustentadas por alguém (indivíduo, sociedade, grupo), destaca Bauer (1995, apud SOUZA, 2015). Para o autor, é fundamental discernir a origem das representações e localizar os conteúdos simbólicos no espaço e tempo.

A globalização, a urbanização e a mobilidade populacional ampliaram a interculturalidade das sociedades, trazendo grandes desafios em diversas áreas, como comunicação, saúde e gestão da diversidade cultural (RAMOS, 2008). Guarenschi (1995, apud SOUZA, 2015) afirma que as representações mais contínuas na sociedade são as que estão impregnadas na cultura.

Para Spink (1995, apud SOUZA, 2015), as representações sociais possuem abrangência e influência documentada, sendo recintos de multiplicidade, diversidade e contradição. Elas podem, segundo Moreira e Oliveira (1998, apud VILLELA, 2012, p. 27) “[...] explicar e compreender a realidade; definir a identidade e permitir a proteção da especificidade dos grupos; guiar comportamentos e práticas; e justificar tomadas de decisão e comportamento”. Por meio do resgate das representações sociais sobre temas específicos é possível distinguir conhecimentos incorporados

pelos indivíduos nas interações sociais, sendo importantes na tomada de decisões também na área da saúde, observa Valentim (2005, apud VILLELA, 2012).

De acordo com Guerra e Ichikawa (2011), a teoria das representações sociais permite o entendimento sobre como os conceitos do universo científico são transformados em conceitos no universo consensual.

No universo reificado se constrói um mundo de “verdades” de uma sociedade, e intermediários, como a mídia e outros processos de comunicação, transmitem essas construções para os membros da sociedade, que por sua vez interpretam e utilizam esses conhecimentos em suas práticas cotidianas, muitas vezes transformando-os (GUERRA, ICHIKAWA, 2011, p. 341-342).

As representações sociais podem ser evidenciadas em entrevistas, questionários, jornais, revistas e outros meios de comunicação, postulam Lefèvre e Lefèvre (2003, apud VILLELA, 2012). Em razão da sua capacidade de explicação do conhecimento cotidiano, das condutas e convicções de sociedade, a TRS têm sido utilizadas em vários campos de estudo, entre eles o da saúde.

O Sistema Único de Saúde é representado socialmente, possuindo, portanto, uma representação social (SOUZA, 2015). Villela (2012) destaca o potencial da utilização da teoria das representações sociais na esfera da saúde, mostrando a informação da qual a população se apropria:

É por meio desses atravessamentos que se consegue enriquecer as informações obtidas, podendo discutir o comportamento informacional de uma coletividade sobre determinado assunto de interesse e tentar descrever essa realidade, explorando as barreiras traçadas pela abordagem tradicional (VILLELA, 2012, p. 30-31).

É nessa perspectiva que a TRS é utilizada como eixo teórico desta pesquisa.

6 METODOLOGIA

6.1 Tipo de Estudo e Período

Este é um estudo descritivo exploratório, de abordagem qualitativa e quantitativa, que emprega a técnica de coleta e análise de dados fundamentada na teoria das representações sociais para a obtenção das representações sociais do Sistema Único de Saúde na mídia jornalística de massa e em publicações científicas.

Para tanto foram realizados o levantamento e a análise de notícias e reportagens publicadas sobre o SUS no Brasil, nos períodos de janeiro de 1988 a dezembro de 1991, e de março de 2016 a março de 2018. Esses recortes temporais correspondem, respectivamente, aos períodos de criação do SUS pela Constituição de 1988 sua regulamentação pela Lei 8.080 e a sua conjuntura atual.

Para o resgate do material referente ao primeiro recorte histórico foi considerado um período anterior à promulgação da Constituição (ocorrida em 22 de setembro de 1988), pois algumas reportagens e publicações científicas foram veiculadas e elaboradas anteriormente. Em relação ao segundo recorte, foi considerado um período imediatamente anterior aos 30 anos de existência do SUS. Isso possibilitou identificar notícias referentes à criação do sistema e acompanhar a evolução da construção midiática do tema nos dias atuais.

6.2 Coleta de Dados

A mídia impressa em versão *on-line* foi a fonte de informação para a concretização do estudo.

A escolha dos jornais e revistas se deu em função da sua disponibilidade em todo território nacional e capacidade de formação de opinião em âmbito nacional; por apresentar versão *on-line*; e dispor de exemplares à época do estudo.

Dados secundários foram coletados nos acervos do jornal *Folha de S.Paulo* e revista *Veja*, ambos *on-line*, que abordavam o tema, permitindo que a análise descritiva fosse composta por uma diversidade de fontes e pluralidade de informações relevantes para o estudo.

Com o objetivo de fundamentar os discursos extraídos das notícias e reportagens e construir um conhecimento sobre o SUS nos meios de comunicação massivos na óptica da ciência, foi realizado um levantamento bibliográfico.

Na revisão da literatura relacionada ao SUS foram priorizados os seguintes descritores: SUS (Sistema Único de Saúde), atenção primária a saúde, serviços de saúde, financiamento governamental, pacto e saúde, políticas públicas, distorção da percepção, centros de saúde, gestor de saúde, assistência à saúde, imprensa, controle social e participação social, comunicação em saúde, usuários, atendimento e judicialização da saúde. Esses descritores também foram intercalados com o propósito de encontrar a intersecção entre trabalhos correlacionados.

A pesquisa qualitativa foi embasada em revisão de literatura sobre os temas correlacionados: trabalhos publicados sobre o SUS, representações sociais, informação e comunicação em saúde, considerados como ponto de partida. Esse material foi buscado em livros, periódicos, teses e bases de dados eletrônicas.

O acesso ao noticiário publicado por *Veja* e *Folha de S.Paulo* ocorreu por meio eletrônico. Nessa etapa foram utilizados os descritores: SUS, serviços de saúde do SUS, gastos e SUS, manipulação e SUS, gestão do SUS, cidadão e SUS, comunidade e SUS, problemas e SUS, carências do SUS, avanços do SUS, lado positivo do SUS, PEC 55 ou 241, colapso do SUS, usuários do SUS. Os descritores também foram intercalados entre SUS, serviços de saúde, políticas públicas e centros de saúde, com o propósito de encontrar a intersecção entre trabalhos correlacionados.

6.3 Análise dos Dados

Orientado pela TRS este trabalho emprega a técnica do discurso do sujeito coletivo (DSC) para investigar o contexto da formação do SUS e sua atual conjuntura. O DSC é caracterizado pela organização e tabulação de dados qualitativos de natureza verbal. No presente caso, esses dados foram obtidos de notícias e reportagens publicadas pelos meios de comunicação massivos.

O DSC se fundamenta na TRS e consiste na análise do material verbal coletado. Para tanto, os discursos individuais dos sujeitos em relação ao SUS foram coletados e, deles, extraídas expressões-chave, relativas a cada questão. Expressões-chave

referem-se a trechos significativos desses depoimentos, sendo a síntese do conteúdo discursivo dessas expressões intituladas de ideia central. Os discursos-sínteses, DSC, são formados, portanto, pelas expressões-chaves e ideias centrais (LEFÈVRE, LEFÈVRE, 2006).

Os temas relacionados ao SUS estudados por meio da técnica do DSC foram escolhidos após a coleta dos textos verbais. A relação prévia com o material verbal permitiu o entendimento do contexto do SUS na época de estudo e colocou em evidência os principais assuntos abordados pelos meios de comunicação midiáticos nos dois períodos.

O trabalho feito com a mídia, conforme descreve Villela (2012, p. 50) “[...] requer disposição para ler e acompanhar o que é escrito diariamente, independente do tema em questão estar contido na sua coluna regular ou não”. Assim, foi necessário investigar a totalidade dos exemplares diários e semanais, sendo selecionadas 86 notícias que citavam o Sistema Único de Saúde, somados o jornal e a revista (Tabela 1).

Tabela 1. Número e proporção de reportagens que citavam o Sistema Único de Saúde encontradas na *Folha de S.Paulo* e revista *Veja* nos dois períodos analisados.

PERÍODO ANALISADO	FONTES DOCUMENTAIS		N	%
	Folha de São Paulo	Revista Veja		
Janeiro de 1988 a Janeiro de 1991	34	02	36	41,86
Março de 2016 a Março de 2018	45	05	50	58,14
TOTAL DE NOTÍCIAS	79	07	86	100

Fonte: Dados obtidos das reportagens utilizadas na pesquisa

Todo o material coletado eletronicamente foi impresso, para posterior leitura e interpretação dos dados. Essa etapa da pesquisa teve início em novembro de 2017 e foi concluída em dezembro de 2018.

Após a coleta das imagens e textos verbais procedeu-se à seleção dos temas relacionados ao SUS. Os principais assuntos abordados pelos meios de comunicação foram denominados subtemas (Tabela 2).

Tabela 2. Subtemas formulados a partir das reportagens selecionadas que abordam o tema SUS.

SUBTEMAS	
1- Criação e Implementação do SUS	2- Informações veiculadas sobre o SUS

Fonte: Dados obtidos das reportagens utilizadas na pesquisa

7 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Na técnica do DSC, para compor os pensamentos coletivos, os pensamentos individuais semelhantes ou de mesmo sentido são reunidos em categorias de acordo com o sentido carregado. É assim que, posteriormente, é gerado o DSC (VILLELA, 2012).

7.1 Formulação de Categorias

Cada subtema resgatado foi representado por duas perguntas: uma é referente ao período histórico de criação e implementação do SUS e outra representa o período atual, 30 anos após sua criação, conforme observado na Tabela 3.

Tabela 3. Subtemas e perguntas formulados a partir das reportagens selecionadas que abordam o tema SUS.

SUBTEMAS	PERGUNTAS ELABORADAS
1- Criação e implementação do SUS	Qual a visão sobre o SUS no momento de sua criação e implementação? Qual a visão sobre o SUS após 30 anos de sua criação?
2- Informações veiculadas sobre o SUS	Quais as principais informações veiculadas pela mídia sobre o SUS no momento de sua criação e implementação? Quais as principais informações veiculadas pela mídia sobre o SUS após 30 anos de sua criação?

Fonte: Dados obtidos das reportagens utilizadas na pesquisa

Para cada pergunta elaborada a partir dos subtemas foram formuladas categorias conforme a síntese de ideias centrais, como descrito na Tabela 4.

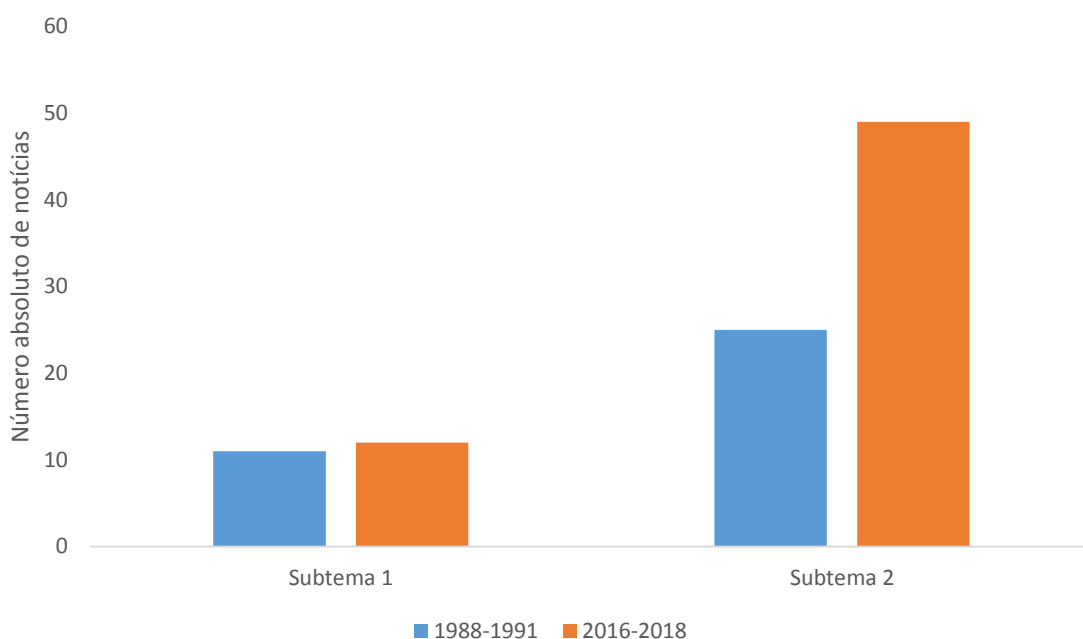
Tabela 4. Subtemas, perguntas e categorias formuladas a partir das reportagens selecionadas que abordam o tema SUS.

SUBTEMAS	PERGUNTAS ELABORADAS	CATEGORIAS FORMADAS
1- Criação e Implementação do SUS	1- Qual a visão sobre o SUS no momento de sua criação e implementação?	A- Uma saída para a crise da saúde brasileira B- Um retrocesso e ameaça à nossa constituição C- Um jogo político em defesa de interesses particulares
	2- Qual a visão sobre o SUS após 30 anos de sua criação?	A- Uma das maiores conquistas da sociedade brasileira B- Um processo em andamento que ainda precisa ser estruturado C- Fadado ao desmonte
2- Informações veiculadas sobre o SUS	3- Quais as principais informações veiculadas pela mídia sobre o SUS no momento de sua criação e implementação?	A- Projetos, votações e aprovações de leis B- Conferências de Saúde e participação popular C- Irregularidades D- Financiamento E- Tratamentos e medicamentos oferecidos pelo SUS F- Participação da iniciativa privada no SUS
	4- Quais as principais informações veiculadas pela mídia sobre o SUS após 30 anos de sua criação?	A – Mudanças nas diretrizes do SUS B – Corte de serviços por falta de verbas C – Dados estatísticos sobre doenças e gastos no SUS D – Aumento da demanda no SUS E – Tratamentos e medicamentos oferecidos pelo SUS F – Participação da iniciativa privada no SUS G – Judicialização na saúde H – Irregularidades/Corrupção

Fonte: Dados obtidos das reportagens utilizadas na pesquisa.

A maior quantidade de notícias divulgadas se referia ao subtema 2, “Informações vinculadas sobre o SUS”, nos dois períodos analisados, como mostra a Figura 1.

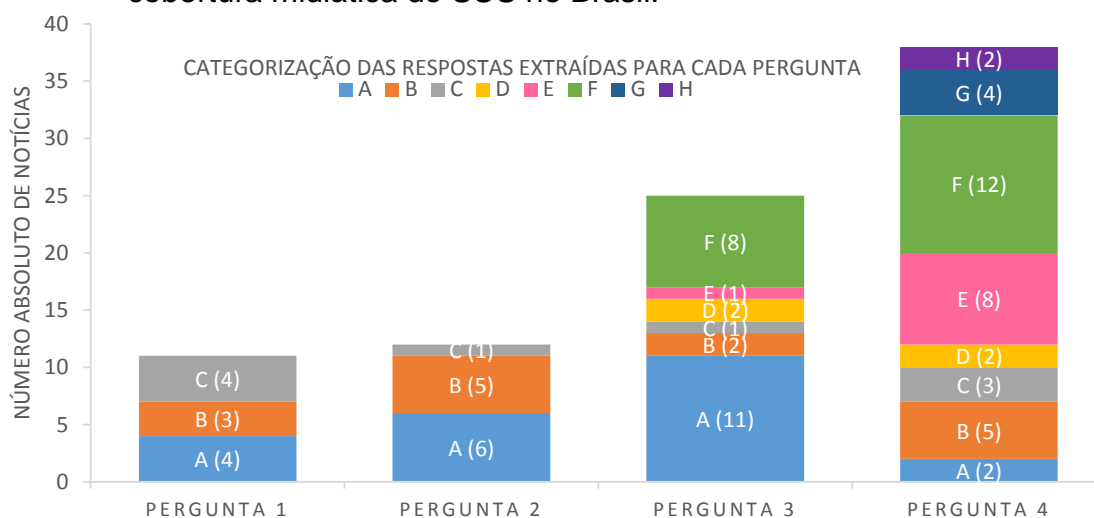
Figura 1. Distribuição das “respostas” dadas para cada pergunta feita, segundo subtema e momento histórico (1988-1991 e 2016-2018), sobre a cobertura midiática do SUS no Brasil.



Fonte: Dados obtidos das reportagens utilizadas na pesquisa

A frequência de respostas extraídas para cada pergunta formulada segundo as categorias formadas, como descrito anteriormente, pode ser observada na Figura 2.

Figura 2. Número e distribuição das “respostas” dadas para cada pergunta feita, segundo categorias formadas – síntese de ideias centrais –, sobre a cobertura midiática do SUS no Brasil.



Fonte: Dados obtidos das reportagens utilizadas na pesquisa

Para o período de janeiro de 1988 a janeiro de 1991, a imagem divulgada sobre o SUS (Pergunta 1) era de uma saída para a crise da saúde (Categoria A), mas sob um jogo político em defesa de interesses particulares (Categoria C). No período de março de 2016 a março de 2018, a imagem dada pela mídia para o SUS (Pergunta 2) foi de uma das maiores conquistas da sociedade brasileira (Categoria A).

Com referência às informações veiculadas, no período de janeiro de 1988 a janeiro de 1991 (Pergunta 3), elas estavam relacionadas a projetos, votações e aprovações de leis (Categoria A), já no período de março de 2016 a março de 2018, as informações divulgadas sobre o SUS (Pergunta 4) davam ênfase à participação da iniciativa privada no SUS (Categoria F).

Para a Pergunta 1 foram extraídas 11 respostas. Destas, 4 (36,36%) consideravam o SUS uma saída para a crise da saúde brasileira e um jogo político em defesa de interesses particulares e 3 (27,28%) afirmavam que o sistema era um retrocesso, uma ameaça à Constituição (Tabela 4). Vale destacar que a ameaça constitucional citada na reportagem reflete o jogo político a favor de interesses particulares, como permissão para a livre entrada de capital estrangeiro e iniciativa privada no SUS (Categoria C).

Tabela 4. Número e proporção de “respostas” dadas para cada ideia central formulada para a Pergunta 1 (“Qual a visão sobre o SUS no momento de sua criação e implementação?”), segundo categorias formadas por meio de dados obtidos das reportagens encontradas na Folha de S. Paulo e na revista Veja que citavam o Sistema Único de Saúde. 1988 a 1991.

CATEGORIAS	N	%
A - Uma saída para a crise da saúde brasileira	4	36,36
B - Um retrocesso e ameaça à nossa Constituição	3	27,28
C - Um jogo político em defesa de interesses particulares	4	36,36
TOTAL DE RESPOSTAS	11	100

Fonte: Dados obtidos das reportagens utilizadas na pesquisa

Com relação à Pergunta 2, 12 respostas foram obtidas (Tabela 5). Salienta-se uma visão positiva sobre o SUS (Categoria A), totalizando 6 notícias (50%). Os discursos enfatizavam, ainda, o SUS ser uma grande conquista, mas que necessitava de aprimoramento e maior financiamento (Categoria B). A visão de que o SUS estava

liquidado ou fadado ao desmonte (Categoria C) foi demonstrada em 1 resposta (8,33%), fato relacionado à falta de financiamento provocada pelo ajuste fiscal imposto recentemente.

Tabela 5. Número e proporção de “respostas” dadas para cada ideia central formulada para a Pergunta 2 (“Qual a visão sobre o SUS após 30 anos de sua criação?”), segundo categorias formadas por meio de dados obtidos das reportagens encontradas na Folha de S. Paulo e na revista Veja que citavam o Sistema Único de Saúde. 2016-2018.

CATEGORIAS	N	%
A - Uma das maiores conquistas da sociedade brasileira	6	50
B - Um processo em andamento que ainda precisa ser estruturado	5	41,67
C - Fadado ao desmonte	1	8,33
TOTAL DE RESPOSTAS	12	100

Fonte: Dados obtidos das reportagens utilizadas na pesquisa

A Pergunta 3 trata das informações veiculadas pela mídia sobre o Sistema Único de Saúde no período de 1988 a 1991. Pelo momento histórico percebe-se uma maior quantidade de notícias sobre projetos, votações e aprovação de leis referentes ao SUS (Categoria A), em um total de 11 reportagens (44%). Apesar da maioria das informações veiculadas estar nessa categoria, poucas informações foram dadas sobre o funcionamento do SUS. As reportagens eram superficiais, traziam poucas explicações para a população sobre o que realmente seria esse novo modelo de saúde pública. O segundo ponto mais debatido naquele momento estava relacionado à participação da iniciativa privada no SUS (Categoria F), com 8 respostas (32%). É possível notar intensos debates sobre a liberdade dos planos privados e do capital estrangeiro, que explicitavam o jogo político em defesa de interesses particulares. Muito se falou sobre projetos, votações e leis, mas nada se explicou sobre a organização dos serviços e reorientação do modelo de atenção à população (Tabela 6).

Tabela 6. Número e proporção de “respostas” dadas para cada ideia central formulada para a Pergunta 3 (“Quais as principais informações veiculadas pela mídia sobre o SUS no momento de sua criação e implementação?”), segundo categorias formadas por meio de dados obtidos nas reportagens encontradas na Folha de S. Paulo e na revista Veja que citavam o Sistema Único de Saúde. 1988-1991.

CATEGORIAS	N	%
A - Projetos, votações e aprovações de leis	11	44
B - Conferências de saúde e participação popular	2	8
C – Irregularidades	1	4
D – Financiamento	2	8
E - Tratamentos e medicamentos oferecidos pelo SUS	1	4
F - Participação da iniciativa privada no SUS	8	32
TOTAL DE RESPOSTAS	25	100

Fonte: Dados obtidos das reportagens utilizadas na pesquisa

As informações veiculadas pela mídia sobre o SUS no período de 2016 a 2018 foram tratadas na Pergunta 4. A Tabela 7 demonstra 38 respostas para esse subtema, o que obteve maior quantidade de respostas. As categorias mais abordadas foram a participação da iniciativa privada no SUS (Categoria F), com 12 respostas (31,58%) e tratamentos e medicamentos oferecidos pelo SUS (Categoria E), com 8 respostas (21,05%), seguida da Categoria C, cortes de serviço por falta de verbas, com 5 respostas (13,16%).

Tabela 7. Número e proporção de “respostas” dadas para cada ideia central formulada para a Pergunta 4 (“Quais as principais informações veiculadas pela mídia sobre os SUS após 30 anos de sua criação?”), segundo categorias formadas por meio de dados obtidos das reportagens encontradas na Folha de S. Paulo e na revista Veja que citavam o Sistema Único de Saúde. 2016-2018.

CATEGORIAS	N	%
A - Mudanças nas diretrizes do SUS	2	5,26
B - Corte de serviços por falta de verbas	5	13,16
C - Dados estatísticos sobre doenças e gastos no SUS	3	7,90
D - Aumento da demanda no SUS	2	5,26
E - Tratamentos e medicamentos oferecidos pelo SUS	8	21,05
F - Participação da iniciativa privada no SUS	12	31,58
G - Judicialização na saúde	4	10,53
H - Irregularidades/Corrupção	2	5,26
TOTAL DE RESPOSTAS	38	100

Fonte: Dados obtidos das reportagens utilizadas na pesquisa.

7.2 Elaboração dos Discursos

O método do DSC visa obter como produto final discursos-síntese que representem o pensamento social de uma coletividade sobre o tema abordado. Seu objetivo não é saber quem falou o quê, valorizando a fala individual, mas reunir ideias semelhantes de vários sujeitos sobre o assunto em questão, construindo um discurso representativo da coletividade (VILLELA, 2012).

As expressões-chave foram selecionadas com o objetivo de identificar as ideias centrais e obter os discursos dos sujeitos coletivos. Assim, cada notícia foi considerada um sujeito a ser entrevistado. Os grupos considerados foram o período das notícias, sendo criadas variáveis para cadastro no software, de acordo com as datas das notícias para os dois períodos pesquisados: 1988 a 1991 e 2016 a 2018.

As composições dos DSC para cada categoria formada dentro de cada subtema (pergunta) do trabalho serão demonstradas a seguir, bem como a discussão sobre os resultados.

PERGUNTA 1- Qual a visão sobre o SUS no momento de sua criação e implementação?

A- Uma saída para a crise da saúde brasileira

O Sistema Único de Saúde (SUS) pode ser a solução para a tragédia sanitária. Um dos caminhos para sair da crise da saúde no Brasil foi aberto pela Constituição. Tudo que temos de positivo na saúde está na Constituição. A base legal e constitucional dessas mudanças já existe. Falta vontade e coragem política para colocá-la em prática. Enquanto na prática o Brasil é um país doente, na teoria tem um sistema de saúde que o coloca entre os países mais desenvolvidos. É preciso centralizar as decisões no Ministério da Saúde. De que adianta dezenas de órgãos que não funcionam, que acabam proporcionando a fraude, a corrupção e a burocracia no atendimento? Além da implantação do SUS é essencial que o governo priorize a saúde. Saúde é também saneamento básico, alimentação, higiene, além de hospitais bem equipados e com seus serviços devidamente pagos. Também é preciso acompanhar a medicina do resto do mundo, desenvolvendo pesquisas e assistência de ponta, como transplantes. A colocação em prática do SUS é vista pelos especialistas como a única e mais rápida solução da crise. Se for bem-sucedida,

significará a oferta de serviços médicos com um mínimo de dignidade para cerca de 113 milhões de habitantes, os 85% da população que só contam com a assistência do governo. A implantação de um novo sistema implica a própria moralização não só do sistema de saúde, mas de todo o sistema político do país. (1990) – (3 notícias)

A história dos últimos 20 anos da saúde no Brasil é rica em mostrar a causalidade do caos. Erros acumulados de descaso com a saúde. Em meio a este caos criava corpo em vários segmentos sociais progressistas uma proposta de solução. O Sistema Único de Saúde tem sido objeto de críticas severas que, no meu entender, partem de equívocos. O que temos de combater não é o Sistema Único de Saúde (SUS), pois esta proposta é correta e ideal e veio de baixo para cima, brotou de quem presta assistência e de quem a recebe, os usuários. Foi uma conquista democrática da sociedade e cuja implantação está apenas agora acontecendo. O que temos que ter claro é a noção da causalidade, pois ela procede em muito a implantação do SUS. Vamos lutar muito para que se implante corretamente o Sistema Único de Saúde (SUS) e que se concretize a municipalização com transferência de responsabilidades, distribuição justa de recursos e com mecanismos gerenciais efetivos. Dificuldades fazem parte de todas as transformações, de todo processo de mudança, mas não poderão tirar de nós a perspectiva de que os obstáculos devem ser transpostos em busca de melhor nível de saúde para a população. (1991) – (1 notícia)

B- Um retrocesso e ameaça à nossa Constituição

Em uma demonstração de preconceito, temor à concorrência e anacronismo ideológico, o Projeto Cabral⁶, acompanhado em linhas gerais pelo do Centrão⁷, exclui as empresas de procedência estrangeira de participarem do sistema nacional único de saúde previsto na nova Carta [Constituição]. Esta situação apenas serve para proteger o sistema público da concorrência com o setor privado – o que abre amplas

⁶ Referência ao projeto de Constituição elaborado pela Comissão de Sistematização instalada em 9 de abril de 1987. Houve uma disputa pela função de relatar o projeto, sendo conquistada pelo deputado amazonense Bernardo Cabral, daí o uso de seu sobrenome.

⁷ O grupo político que se intitulou Centrão era formado por uma coalizão de centro e direita, unindo a parcela conservadora do PMDB — Centro Democrático — PFL, PDS, PTB, PL e PDC. Incentivaram a organização do bloco suprapartidário elites empresariais, insatisfeitas com a aprovação de direitos sociais e de dispositivos nacionalistas e estatizantes, e o governo federal, com o objetivo de derrubar algumas definições, como o sistema parlamentar de governo e o mandato presidencial de quatro anos. Setores militares também se articulavam ao Centrão, preocupados com o que consideravam uma tendência esquerdista da Comissão de Sistematização.

condições para a permanência de toda a crônica de irregularidades, falcatruas e mau atendimento que caracteriza esse setor. O apoio a um modelo de xenofobia, de medo à concorrência, de compulsoriedade e paternalismo encontra entusiastas tanto no Centrão como entre os seus adversários. Falsos progressistas e falsos liberais parecem ter hegemonia nas decisões sobre a futura Carta; mais uma vez, o atraso e o obscurantismo se preparam para impor sua marca na sociedade brasileira. (1988) – (1 notícia)

O projeto de Lei Orgânica de Saúde elaborado pelo Ministério da Saúde, além de violar a Constituição, é um retrocesso. Apresenta sérias restrições à iniciativa privada, contrariando frontalmente a nossa Constituição. O projeto de lei, em suma, além de ignorar-lhe os resultados positivos, procura destruir a mais bem-sucedida experiência implantada por este governo no país: o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (Suds). (1989) – (2 notícias)

C- Um jogo político em defesa de interesses particulares

Há uma guerra aberta, declarada, violenta como todo conflito, no campo da saúde. De um lado alinham-se a Associação Médica Brasileira, a Federação Brasileira dos Hospitais e entidades privadas, com o apoio parlamentar do Centrão e respaldo, na administração federal, do Ministério da Saúde. Do outro, o que se convencionou chamar de Partido da Saúde (PS), uma forte aliança suprapartidária formada ainda no período do autoritarismo como reação à política de saúde dos governos militares e fortalecida, com o advento da transição, através do plano de saúde assumido por Tancredo Neves e as gestões de Waldir Pires e Carlos Santana nos ministérios da Previdência e da Saúde. As propostas do “PS” são apoiadas pela liderança do PMDB, pelos partidos de esquerda e, na administração federal, pelo Ministério da Previdência. No Congresso Constituinte, os parlamentares, pressionados pelos lobbies dos dois lados, negociaram um acordo que, na essência, garante o básico das teses das esquerdas – sistema único de saúde, descentralização, municipalização etc. –, mas que chegou a emperrar quando se discutiu a extensão da participação da iniciativa privada. Não resta dúvida de que os interesses privatizantes, alicerçados na impunidade sem limites do setor privado da saúde, viabilizada pela atuação do Estado, nas últimas décadas, sentem e reagem violentamente contra qualquer possibilidade de controle de sua atuação pelo poder público. (1988) – (2 notícias)

Entendemos que o texto proposto pela Comissão de Sistematização [da Constituinte], levará a medicina assistencial brasileira à estatização, o que será desastroso, pois no Brasil de hoje não há condições técnicas nem financeiras para tal posição, podendo agravar ainda mais a situação, provocando o desestímulo profissional, retrocesso no progresso da nossa medicina, sem contar os altos custos operacionais que o sistema exigirá. O que propomos é simples e mais condizente com a realidade nacional: que a assistência à saúde seja livre à iniciativa privada, sem as condicionantes estabelecidas no texto da Comissão de Sistematização, fazendo com que as eventuais deficiências do setor público possam ser cobertas pela rede privada conveniada ou contratada, conforme dispuser a lei. (1888) – (1 notícia)

O projeto de sistematização, ao reivindicar para o Estado a competência de assegurar o direito à saúde de todo cidadão brasileiro, o faz propondo um Sistema Único de Saúde com comando administrativo único em cada nível de governo, cabendo ao poder público a regulamentação, execução e controle das ações e serviços de saúde. Prevê a participação da empresa privada de forma supletiva, sob condições estabelecidas em contrato de direito público. Isto significa a possibilidade de um real avanço na constituição da saúde como um direito. Retoma teses há muito defendidas sobre descentralização, hierarquização e integração do sistema. Já não mais nos termos dos interesses privatistas, mas no sentido do fortalecimento e recuperação dos serviços públicos de saúde. Significa, ainda, enfrentar a questão de forma madura, realista e democrática: não se trata de descartar o setor privado, mas de rearticulá-lo segundo essa nova lógica. Revela-se falaciosa a argumentação tão em voga de que o cunho estatizante do projeto para a seguridade social seria intrinsecamente anticapitalista. Os serviços privados terão de mostrar sua competência no sentido de manter sua lucratividade sem a tutela desavergonhada do Estado. (1988) – (1 notícia)

Na maioria das notícias veiculadas o benefício ou prejuízo da implementação do Sistema Único de Saúde não está na pauta. A implementação do SUS é noticiado de forma positiva em quase todos os discursos, até mesmo quando descrito como um retrocesso ou jogo político. O que realmente se identifica nas falas dos sujeitos são posturas capitalistas diante da restrição da participação da iniciativa privada no novo modelo de saúde.

Segundo Paim (2009) a proposta central do SUS era: todas as pessoas têm direito à saúde. Esse direito não estava condicionado ao pagamento de um seguro social, nem

em provar condição de pobreza e muito menos de caridade. Entretanto, a Constituição estabeleceu que a assistência à saúde seria livre à iniciativa privada. Assim, o texto constitucional declarou as ações e os serviços que comporiam o SUS seriam complementados mediante contrato com serviços privados que, nestes casos, deveriam funcionar como se públicos fossem.

Mendes (1996) lembra que a iniciativa privada dominava a saúde brasileira desde o século XX, tendo os serviços médico-assistenciais particulares crescido e se ampliado a partir da década de 1950. Desse modo, o setor saúde, de modo geral, e a prática médica, em particular, estavam orientados pelo lucro, que promoveu a capitalização da medicina e privilegiava o fornecedor privado desses serviços.

A construção do SUS aconteceu de forma paralela à estruturação e consolidação do sistema privado de assistência à saúde. De acordo com Pereira (2010), alguns autores afirmam que essa situação configurou o fracasso do SUS como expressão institucional da política de saúde, favorecendo a expansão do que foi denominado “universalização excludente”.

Em uma análise do contexto da época, Paim (2009) descreve uma percepção geral de que a Constituição não definira se a saúde era um bem público ou um serviço a ser comprado no mercado. Essa ambiguidade resultou dos embates e acordos políticos no processo constituinte, representando o que foi possível conquistar naquele momento pelos deputados que defendiam a criação do Sistema Único de Saúde.

O DSC apresentado pela mídia no momento da criação do SUS não debatia ou expunha questões relativas ao SUS como vantagens ou desvantagens do novo modelo de saúde. No lugar desse debate, observa-se uma manipulação da opinião pública em relação à participação das empresas privadas no modelo proposto, com o intuito de manter a hegemonia da classe dominante e mantenedora dos meios de comunicação.

Sobre esse aspecto, Azevedo (2006) aponta a relação histórica da mídia brasileira com as elites. O autor faz referência a um estudo de Fraser (1992) sobre dois grupos formadores da opinião pública. Um grupo de sujeitos com recursos políticos, econômicos e simbólicos capazes de influenciar a agenda da mídia, as tomadas de

decisão e a opinião pública; e um segundo grupo, que não possui recursos políticos e econômicos suficientes para influenciar a opinião pública de forma tão significativa.

A constatação de Fraser corrobora o conceito de hegemonia de Gramsci, já mencionado neste trabalho, que postula a existência de uma liderança cultural e político-ideológica de um grupo sobre outros. Gramsci se refere aos meios de comunicação como componente da “sociedade civil”, um campo de inúmeras relações de poder e contradições, com objetivo de exercer hegemonia, ou enfraquecer consensos firmados.

A cobertura midiática, nesse sentido, é simulacro da pluralidade de opiniões. Dito de outro modo, apresenta opiniões diferentes desde que possam ser rebatidas por outras que defendam os interesses do grupo dominante, geralmente com maior ênfase que as primeiras. E, segundo Moraes (2010), utilizando estratégias de argumentação e persuasão.

O processo de hegemonia inclui, então, disputa pelo monopólio dos órgãos formadores de consenso, como imprensa, partidos políticos, sindicatos, (...) de modo que uma só força modele a opinião e, portanto, a vontade política nacional, desagregando os que discordam numa nuvem de poeira individual e inorgânica”. (MORAES, 2010, p. 67).

Ao estabelecer uma comparação entre os dois recortes históricos, o presente trabalho permite ver que a criação e implantação do SUS, bem como da Lei Orgânica da Saúde, como um todo, são criticadas em ambos os momentos históricos. No primeiro recorte, a cobertura midiática preconizava que o sistema privado seria prejudicado no cenário dos serviços de saúde. Essa posição primeira está alinhada com o segundo recorte, que põe em cheque a continuidade do Sistema Único de Saúde.

PERGUNTA 2- Qual a visão sobre o SUS após 30 anos de sua criação?

A- Uma das maiores conquistas da sociedade brasileira

O Sistema Único de Saúde (SUS), uma das maiores conquistas da sociedade brasileira, está completando 30 anos. O modelo, que teve início junto com a redemocratização do país e já foi referência para vários países, tem princípios bastante ousados: integralidade, universalidade e equidade. Nossa geração de

médicos esteve à frente da maior revolução da história da medicina brasileira: a criação do Sistema Único de Saúde. Apesar de todas as deficiências, desorganização, uso político, corrupção e demais desmandos do SUS, no curto espaço de 30 anos implementamos o maior programa gratuito de vacinações, de transplantes de órgãos e de tratamento da infecção pelo HIV do mundo inteiro. Nosso programa de saúde da família, que cobre a maior parte do país, é considerado pelos organismos internacionais um dos dez mais importantes da saúde pública mundial. O Brasil tem um sistema de saúde peculiar. É o único país do mundo com mais de 100 milhões de habitantes que oferece assistência universal a todos por meio do Sistema Único de Saúde (SUS). Sem ele, os cuidados médicos seriam um privilégio de poucos, não um direito da população. É, de fato, uma conquista fundamental dos brasileiros e devemos mantê-la. Com todas as dificuldades que o Brasil enfrenta, o SUS é um modelo admirável. (2017-2018) – (6 notícias)

B- Um processo em andamento que ainda precisa ser estruturado

O SUS é um projeto em construção a ser aprimorado pelos que hoje estudam no grande número de faculdades espalhadas sem critério reconhecível pelo país afora. Uma reflexão profunda é necessária para que possamos corrigir os erros, continuar apostando nos acertos e tomar decisões que ajudem a melhorar a assistência à saúde dos brasileiros. A primeira coisa que precisa ficar clara é que, apesar de público, o SUS não é um sistema estatal, ele depende da iniciativa privada. Para que o SUS se desenvolva paradigmas têm de ser rompidos, sejam eles ideológicos ou corporativos. Não existe uma solução mágica para a saúde, mas sim medidas que devem ser pensadas para o longo prazo, e precisamos começar a estruturar isso já. A prioridade do SUS é atender bem a população. Isso não é fácil diante das diferentes realidades de um país continental como o Brasil, cuja execução da saúde é descentralizada. Tal quadro exige coragem para mudanças e nosso trabalho sustenta-se também no diálogo. Conto com os mais de 4 milhões de profissionais do SUS – e, juntos, avançaremos ainda mais. (2017-2018) – (5 notícias)

C- Fadado ao desmonte

Mesmo fadado ao desmonte com o ajuste fiscal, o Sistema Único de Saúde (SUS) já dispõe de repertório considerável: campanhas publicitárias, preservativos, testagem

rápida para HIV, diagnóstico e tratamento de sífilis e outras infecções sexualmente transmissíveis, programas de redução de danos. (2017) – (1 notícia)

Trinta anos após a existência do SUS, a mídia expõe o sistema de saúde brasileiro como uma conquista positiva. Mesmo quando se refere a ele como um sistema “fadado ao desmonte”, em razão do ajuste fiscal imposto pelo Emenda Constitucional nº 95, o discurso exalta as conquistas desse sistema.

Lima, Carvalho e Coeli (2008), em balanço dos 30 anos de existência do SUS, relatam que ele faz parte do senso comum de gestores, políticos, mídia, profissionais de saúde e da população, apesar dos ataques e golpes sofridos, da falta de prioridade financeira, inclusive por parte do Estado brasileiro, cenário agravado pela crise econômica. O SUS possibilitou a construção de uma base de sustentação das políticas de saúde, ancorada na atuação de grupos e organizações setoriais, na sua maioria, e em regulamentações específicas. E mesmo diante da crônica escassez de financiamento público, conseguiu ampliar ações e serviços.

Paim (2018) chama atenção para um aspecto importante do SUS: o sistema foi implantado, mas não se encontra consolidado. Ainda assim, com todas as dificuldades e fragilidades, produziu conquistas e resultados significativos ao longo de três décadas. Nos discursos dos defensores do SUS, gestores e políticos, é tomado, na grande maioria das vezes, como uma das maiores conquistas da sociedade brasileira.

O SUS necessário para que tenhamos uma sociedade mais justa está definido nos seus princípios legais, segundo Souza (2009). E o SUS possível, hoje, é aquele que se encontra no cotidiano dos serviços de saúde. Mesmo com os avanços significativos desde o início de sua implementação, ainda está longe do SUS necessário.

A visão midiática sobre o SUS durante seus 30 anos não mudou. Embora seja indiscutivelmente uma das maiores conquistas brasileiras e disponha de um repertório considerável de vigilância em saúde, transplantes, hemodiálise, medicamentos de alto custo e controle do HIV, por exemplo, e não houve mudança no discurso dos meios de comunicação sobre o sistema público de saúde, pesquisados. Hoje, como ontem, a mídia segue abordando do SUS pelo viés capitalista. Como observa Santos (2018, p.1719), “[...] a mídia tradicional se autodeclara independente do mundo da política, mas atua em um espaço de representação de interesses ao disseminar perspectivas de grupos específicos”.

No caso dos veículos analisados neste estudo, entender suas políticas editoriais ajuda na compreensão dos discursos que eles produziram sobre o SUS. Em estudo sobre os 40 anos da revista *Veja*, França (2011, p. 16) identifica “[...] a crítica à esquerda e aos movimentos anticapitalistas, construindo uma memória voltada para seus interesses atuais, reconstruindo os acontecimentos a partir de seu imaginário próprio”. O autor aponta ainda uma importante mudança no conteúdo da revista ao longo de três décadas: nos anos 1980, *Veja* equilibrava textos brilhantes com outros que “jogavam” a favor do senso comum da classe média, enquanto na década de 1990 passou a praticar um jornalismo pautado em “[...] agressões, alusões a defeitos físicos e manipulações de declarações de fontes” (FRANÇA, 2011, p. 37). Esse modelo alcançou o ápice nos anos 2000, quando a reportagem passou a ter uma agenda pré-definida, cabendo aos seus repórteres buscar informações para dar suporte a essa agenda.

Já a identidade do jornal *Folha de S.Paulo* é definida por Ribeiro (1994, apud Moreira 2006, p. 90) como “[...] comercialmente oportunista, ideologicamente flácida ou adaptada aos tempos e às preferências do público; (...) capaz de adotar com rapidez a racionalização característica da indústria cultural”.

Uma comparação entre os dois recortes históricos evidencia a crítica constante ao SUS, porém também reconhecido como uma conquista da sociedade brasileira. Assim, no segundo recorte a cobertura midiática anuncia o SUS como uma vitória sobre a crise de saúde brasileira, mas que depende do sistema privado para continuar e melhorar. Esse postulado vai de encontro com o primeiro recorte histórico, no qual o SUS é mencionado como solução para a crise de saúde, porém dependente da participação do sistema privado no incipiente sistema.

PERGUNTA 3- Quais as principais informações veiculadas pela mídia sobre o SUS no momento de sua criação e implementação?

A- Projetos, votações e aprovações de leis

A [Comissão de] Sistematização aprovou o comando administrativo único em cada nível de governo para o sistema de saúde. O Centrão pede a direção única apenas em cada região ou sub-região administrativa. Parecer contrário. (1988) – (1 notícia)

O plenário do Congresso constituinte aprovou, por acordo que obteve 472 votos contra apenas 9, com 6 abstenções, o capítulo da Saúde, introduzindo o chamado sistema único para a administração dos serviços públicos neste setor. Pelo novo mecanismo, cada nível de governo (federal, estadual e municipal) deverá implementar uma direção única responsável pelo controle e planejamento das ações de todas as entidades que prestarem atendimento médico estatal (inclusive instituições com convênios). O financiamento será com recursos definidos no orçamento da União, Estados e Municípios. A iniciativa privada continuará a atuar nos serviços de saúde. Instituições particulares com fins lucrativos não poderão receber recursos públicos. O plenário decidiu ainda proibir que empresas estrangeiras participem da assistência à saúde no país. (1988) - (1 notícia)

Um projeto de lei elaborado pelo ministro da Saúde transfere o Inamps da Previdência para a sua pasta, visando apenas o cumprimento do que prevê na nova Constituição: estabelecer um sistema único e saúde nos níveis federal, estadual e municipal. O projeto vai acabar com a divisão até aqui existente no governo entre medicina preventiva e medicina curativa. Com o SUS, a execução dos dois tipos de ação passará à alçada dos municípios, o SUS aperfeiçoa o Suds, implantado a partir de 1987. Com o Suds começou o processo de municipalização do atendimento médico, através de convênios. O SUS institucionalizara definitivamente essa proposta. (1988-1989) - (5 notícias)

O Senado aprovou o projeto de lei que prevê a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS). O projeto é uma complementação da lei orgânica da saúde (8.080). (1990) – (1 notícia)

B- Conferências de saúde e participação popular

A conferência de saúde fará reuniões a cada quatro anos e terá representação de vários setores sociais. Sua função é avaliar a situação de saúde e propor diretrizes para formulação da política de saúde. A I Conferência Municipal de Saúde de São Bernardo foi além das expectativas, teve a participação dos usuários, tanto do movimento popular como sindical, dos trabalhadores em saúde e da administração. Um temário extenso, abrangendo crise da saúde no Brasil, diagnóstico de saúde do município, diretrizes do Sistema Único de Saúde no município e Conselho Municipal de Saúde, foi exaustivamente debatido em grupos de trabalho e em plenário. Ao final,

concluímos não só com diretrizes de uma política de saúde para 1991, como elaborou-se e aprovou-se uma proposta para a formação de um Conselho Municipal de Saúde. (1990) – (2 notícias)

C- Irregularidades

A secretaria de Estado da Saúde divulgou nota em que defende algumas medidas consideradas irregulares na gerência de recursos do Suds durante 1988. O Tribunal de Contas da União (TCU) aprovou um relatório que aponta irregularidades na administração do Suds em vários Estados, inclusive em São Paulo. (1989) – (1 notícia)

D- Financiamento

Ao contrário do que ocorre no Suds, o repasse de verbas no Sistema Único de Saúde (SUS) não vai depender da prestação de contas dos recursos anteriores. A fiscalização da aplicação das verbas ficará a cargo dos órgãos de praxe, como os tribunais de contas, e também da comunidade, através de seus representantes nos conselhos de saúde. A prestação de contas era uma das coisas que entravavam o desenvolvimento do Suds. Além das dotações próprias dos orçamentos fiscais de municípios, Estados e União, o SUS contará com recursos do orçamento da seguridade social, criado pela Constituição. (1989) – (2 notícias)

E- Tratamentos e medicamentos oferecidos pelo SUS

Ministério da Saúde iniciou a distribuição gratuita de 64.000 frascos de AZT para tratamento da Aids no país. (1991) – (1 notícia)

F- Participação da iniciativa privada no SUS

Cabe ao poder público a regulamentação, execução e controle das ações e serviços de saúde. A saúde é livre à iniciativa privada, que poderá participar de forma supletiva do Sistema Único de Saúde, sob as condições estabelecidas em contrato de Direito Público, tendo preferência as entidades filantrópicas e sem fins lucrativos. Isto significa um real avanço na constituição da saúde como um direito. Retoma teses há muito defendidas sobre a centralização, hierarquização e integração do sistema, já não mais nos termos dos interesses privatistas, mas no sentido do fortalecimento e

recuperação dos serviços públicos de saúde. De um lado, enquanto setor supletivo do SUS, portanto como serviço essencial, será regido pelo dinheiro público. Pelo outro, a livre iniciativa privada terá a seu dispor pelo menos 10% da população mais privilegiada do país, que detém 46,2% da renda nacional. O que convenhamos, não é pouco. Os serviços privados terão que mostrar sua competência no sentido de manter sua lucratividade sem a tutela desavergonhada do Estado. E este terá que mostrar sua eficácia no enfrentamento das questões sociais, em particular na área da saúde, na qual a tarefa maior assume a forma da transformação do enfermo cativo em cidadão livre. (1988) – (2 notícias)

O projeto de Lei Orgânica da Saúde dá um tratamento extremamente ambíguo e obscuro da participação do setor privado no Sistema Único de Saúde, não estipulando que os recursos públicos devem ser prioritariamente aplicados na expansão e no aprimoramento dos serviços de saúde. (1989) - (1 notícia)

O SUS prevê uma convivência pacífica entre a rede pública e os serviços da iniciativa privada, mas deixa claro que quem dará as ordens e os fiscalizará é o poder público. As empresas particulares que quiserem se credenciar terão que se abrir para um controle de sua gestão. Essa convivência, que será vigiada também por representantes das comunidades, implicará na prática de um jogo aberto que não tem existido nas relações entre os hospitais de Estado com o atual SUDS. Muitas irregularidades foram descobertas na aplicação do dinheiro do SUDS. Corrupções em todos os níveis já foram denunciadas. (1990) – (1 notícia)

A maioria das notícias veiculadas no período de 1988 a 1991 se referia a projetos, votações e aprovação de leis e à participação da iniciativa privada no SUS. A mídia nesse período, que pode ser definido como período gestacional do novo sistema público de saúde, no lastro da promulgação da Constituição de 1989 e da Lei Orgânica da Saúde, cumpre um papel descritivo, com informações superficiais, que não contribuíam para o entendimento do SUS na prática. Assuntos como as Conferências de Saúde, formas de financiamento, tratamentos e medicamentos oferecidos pelo SUS foram minimizados diante de temas acerca da participação da iniciativa privada no sistema.

Paim (2009) relata que nos primeiros anos de implantação do SUS dava-se muita ênfase à descentralização e à busca de financiamento e não havia preocupação na divulgação de informações sobre a organização dos serviços e a reorientação do

modelo de atenção. Assuntos como as Conferências de Saúde, formação dos Conselhos de Saúde e a participação popular, quando mencionadas, não esclareciam, de fato, o objetivo e a importância delas.

Ramos (1996, apud PEREIRA, 2010) destaca que, nesse contexto, um dos componentes fundantes do SUS era o controle social na saúde, considerado um dos mais importantes aspectos do processo de redemocratização das políticas públicas do país. No modelo brasileiro, por meio dos Conselhos de Saúde, o exercício do controle social garante a participação popular nas deliberações e nos rumos das políticas de saúde nas três esferas de governo.

De acordo com Lefèvre (1999, apud VILLELA, 2012), os estudos sobre a relação entre mídia e saúde no Brasil mostram que as coberturas jornalísticas estão distantes de contribuir efetivamente para as mudanças necessárias na educação em saúde no país.

A quantidade de notícias divulgadas nesse primeiro recorte histórico em que aparecesse o termo SUS chama a atenção. Em um momento de grande movimentação no setor de saúde, apenas 36 notícias foram localizadas, 34 delas publicadas pela *Folha de S.Paulo* e apenas 2 pela revista *Veja*. É provável que o baixo número de notícias deva-se às agendas midiáticas e ao baixo grau de apropriação do termo SUS pelos meios de comunicação.

Apesar do espaço dedicado à saúde nos meios de comunicação ter alguma frequência, segundo Epstein (2008) ele é geralmente preenchido por fatos que contêm atributos dos chamados “valores-notícia” – critérios de relevância que ajudam o jornalista a selecionar os acontecimentos serão transformados em notícia (WOLF, 1999).

Souza (2009) diz que o relacionamento com a mídia é bastante complexo. Em primeiro lugar, os órgãos de comunicação são empresas com interesses comerciais. Em segundo, têm posições ideológicas ou partidárias mais ou menos explícitas. Em terceiro, trabalham com um objeto – a informação – que requer um tratamento específico para atrair a atenção do público e dos anunciantes.

Naquele momento de retomada da democracia no Brasil o caminho estava repleto de interesses imediatos e necessidades urgentes para acomodar as forças partidárias, como pontua Del Vecchio (2006, apud PEREIRA, 2010). Essa construção não passou

do campo das disputas políticas, enquanto as proposições mais estratégicas orientadas para o novo regime que se formava foram ignoradas.

Percebemos que as poucas discussões reflexivas que aparecem nas reportagens são relativas à participação da iniciativa privada no SUS. Nessas, nota-se jogos e estratégias de poder que refletem, na maioria das vezes, interesses econômicos e políticos.

Estabelecendo uma comparação entre os dois recortes históricos deste trabalho, nota-se também que as principais informações veiculadas sobre o SUS em ambos os momentos históricos cumpriam um papel descritivo. No primeiro, a cobertura midiática deteve-se na transmissão de informações sobre votações e aprovações de projetos e leis, sendo negligenciadas as discussões acerca da participação da iniciativa privada nos serviços de saúde. Essa abordagem refletia os interesses econômicos e políticos defendidos pelos meios de comunicação ou grupos ligados a eles, o que vai de encontro com o segundo recorte, demonstrando um crescente esforço em minimizar a ação do Estado no Sistema Único de Saúde.

PERGUNTA 4- Quais as principais informações veiculadas pela mídia sobre os SUS após 30 anos de sua criação?

A- Mudanças nas diretrizes do SUS

Foi aprovada uma portaria que flexibiliza as normas atuais da chamada atenção básica em saúde, tida como porta de entrada para o SUS. Na prática, a medida passa a permitir o financiamento de equipes de saúde menores do que a política atual prevê para atendimento nas unidades básicas de saúde, e com cargas horárias mínimas distintas entre os profissionais. Hoje, o modelo adotado prevê contrapartida de financiamento apenas para as equipes de “Saúde da Família”. A nova portaria reconhece a possibilidade de repasse de verbas federais também para as chamadas “equipes de atenção básica”, as quais devem ser formadas por, no mínimo, três profissionais – um médico, um enfermeiro e um técnico de enfermagem. (2017) - (1 notícia)

Nos últimos 30 anos, o Brasil construiu uma política de Estado para portadores de transtornos mentais que ganhou o reconhecimento da Organização Mundial da Saúde. Suas diretrizes foram pactuadas por usuários, familiares e profissionais de

serviços de saúde mental em quatro grandes conferências nacionais. Ela atravessou todas as gestões do Ministério da Saúde desde 1990 e foi inscrita na legislação federal com a Lei 10.216/2001, após 11 anos de debates no Congresso. O ministério propõe extinguir mecanismos legais que permitem transferir recursos dos manicômios para novos serviços comunitários. O ministro da Saúde não pode desfazer numa canetada uma política de Estado amparada pela legislação federal, pelo controle social do SUS e mundialmente reconhecida por seus resultados. (2017) - (1 notícia)

B- Corte de serviços por falta de verbas

Em 2017, o Hospital São Paulo fez um pleito para reajustar o contrato com o SUS, o que não foi concedido e, para sua surpresa, teve o seu recurso advindo do Rehuf (Programa Nacional de Restruturação dos Hospitais Universitários Federais) suspenso por alegações técnicas sobre a natureza jurídica. Estudantes, professores e técnicos querem seu hospital. (2017) – (2 notícias)

No SUS falta droga básica para tratar AVC. O Ministério da Saúde anunciou a intenção de comprar apenas dois dos oito medicamentos biológicos disponíveis hoje no sistema público para tratamento da artrite reumatoide, como forma de reduzir custos. (2017) – (2 notícias)

A Unicamp tem um complexo hospitalar que atende 5 milhões de pessoas de toda as cidades da região. Com o congelamento dos recursos do SUS há um comprometimento grave dos serviços. (2017) – (1 notícia)

C- Dados estatísticos sobre doenças e gastos no SUS

As neoplasias já aparecem como a terceira causa de morte no país. Os gastos do Sistema Único de Saúde com cirurgias oncológicas, quimioterapia e radioterapia cresceram 9% em termos reais de 2010 a 2014, alcançando R\$ 2,5 bilhões. A taxa nacional de incidência de câncer, considerados todos os tipos de tumores, está em 273 casos por grupo de 100 mil habitantes, um pouco acima da média de 253 num grupo de países comparáveis (Argentina, Colômbia, México, Turquia e Rússia). (2017) – (1 notícia)

O aumento do sobrepeso e da obesidade na população brasileira não destoa do que se observa em países de renda média e alta. Quase 54% dos brasileiros estão acima

do peso. Estima-se que o Sistema Único de Saúde despenda por ano quase R\$ 500 milhões com condições relacionadas à obesidade. (2017) – (1 notícia)

Com dados do Sistema Único de Saúde, foram realizadas 974.641 internações hospitalares por sete causas de alto custo: neoplasia maligna de cólon e de mama, doenças cerebrovasculares, doenças isquêmicas do coração, hipertensão, diabetes e osteoporose. Estas internações custaram US\$ 695,6 milhões. No Brasil, 123 milhões de pessoas não praticam atividade física e 91,3 milhões nunca fizeram atividade na vida adulta. (2017) – (1 notícia)

D- Aumento da demanda no SUS

Segundo o anuário, no biênio 2015-2016, 2,6 milhões de pessoas saíram de planos privados e passaram a depender do Sistema Único de Saúde (SUS). Só em 2016, 1,5 milhão de pessoas deixaram de ter plano de saúde no país. A demanda em cidades como Curitiba subiu 40%. (2016) – (2 notícias)

E- Serviços, tratamentos e medicamentos oferecidos pelo SUS

O Brasil é o quinto maior mercado de produtos farmacêuticos do globo, mas ocupa o 15º lugar no ranking mundial de pesquisas clínicas. O cenário deve melhorar com a parceria para desenvolver medicamentos biológicos de ponta no país. Os biológicos representam 4% das compras do SUS hoje, mas consomem 51% de seu orçamento. No Brasil, um dos biofármacos mais utilizados é o trastuzumabe, indicado para combater o câncer de mama do tipo HER2+. A terapia é oferecida pelo SUS desde 2013 para pacientes em estágio inicial da doença, e em 2017, foi aprovada também para casos avançados, com metástase. Segundo o Ministério da Saúde, as perspectivas para a incorporação de “biológicos inovadores” (a pasta não usa o termo biossimilar) são positivas em razão de parcerias público-privadas para a produção desses remédios. (2018) – (2 notícias)

Um dos projetos de acesso à saúde mais bem-sucedidos no Brasil é o GRAACC (Grupo de Apoio ao Adolescente e Criança com Câncer). A taxa de cura na instituição chega a 74%, próxima à dos principais centros de referência para o tratamento da doença no mundo. Com 90% dos pacientes provenientes do SUS, o GRAACC não seria o que é hoje se dependesse apenas dos recursos públicos. (2017) – (1 notícia)

O Ministério da Saúde anunciou a incorporação no SUS de tratamento que previne a infecção pelo HIV. A terapia será ofertada a grupos mais expostos ao risco, como homens que fazem sexo com homens e profissionais do sexo. No primeiro ano, o tratamento estará disponível para 7.000 pessoas, número que foi tido como insuficiente por especialistas; porém, a incorporação é um grande avanço. O investimento inicial do Ministério da Saúde será de US\$ 1,9 milhão na compra de 2,5 milhões de comprimidos, o que deve atender a demanda pelo período de um ano. (2017) – (1 notícia)

Segundo a OMS, medicinas tradicionais, como a chinesa, e práticas complementares, como a quiropraxia, têm papel importante na prevenção de doenças e nos tratamentos, especialmente de doenças crônicas. No Brasil, em 2017, foi publicada a portaria 849, que incluiu 14 novas práticas na Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares, de 2006. Em 2018, o SUS vai passar a oferecer mais dez novas terapias alternativas. Com a ampliação, serão 29 práticas desse tipo disponíveis para pacientes. (2017-2018) – (2 notícias)

Cirurgia inédita no país separa gêmeas siamesas é realizada no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP de Ribeirão Preto. O valor de uma cirurgia como essa é calculado em US\$ 2,5 milhões na rede privada dos Estados Unidos. No Brasil será feita pelo SUS a um custo de R\$100 mil. (2018) – (1 notícia)

Ministério da Saúde anuncia uma campanha de esclarecimento sobre a vacina contra HPV e meningite C. Desde que passou a ser ofertada no SUS, a vacina contra o HPV tem mantido baixos índices de adesão entre adolescentes, público resistente a procurar as unidades de saúde. Muito da baixa adesão a vacinação se deve a mitos e notícias falsas colocadas nas redes sociais. (2018) – (1 notícia)

F- Participação da iniciativa privada no SUS

Enquanto o agravamento da crise política monopoliza as atenções, no escurinho do cinema as empresas de planos de saúde se aliam ao mais impopular ministro que o setor já teve e investem em duas frentes, uma no Congresso e outra na Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), para liberar a venda de pacotes de assistência médica mais baratos, porém de menor cobertura e de pior qualidade, sob a enganosa justificativa de desonerar o Sistema Único de Saúde (SUS). Além de

legalizar os ditos planos populares, o que veio a público nas poucas audiências indica que um novo marco legal serviria para sepultar vários projetos de lei que pedem ampliação de coberturas assistenciais, para proibir a aplicação do Código de Defesa do Consumidor aos contratos, para rever o ressarcimento ao SUS previsto toda vez que uma pessoa que tem plano é atendida na rede pública e até mesmo para liberar totalmente o reajuste das mensalidades. O ressarcimento ao SUS passa a ter um formato de captação de recursos de hospitais e secretarias de Saúde, o que na realidade se trata de claro incentivo à dupla porta, o atendimento diferenciado de clientes de planos em unidade públicas. Com a mudança o SUS passa a ser um prestador de serviços dos planos de saúde. A intenção do ministro da Saúde e dos que o antecederam no cargo é muito simples: viabilizar e tornar mais abrangente o negócio dos planos privados, de forma a reduzir o SUS ao mínimo. Na prática, está-se a fazer uma privatização dissimulada do sistema público de saúde. As restrições de atendimento deixam os usuários desprotegidos e empurram para o SUS procedimentos mais complexos, acumulando gastos para a rede pública. Com o ajuste fiscal, o Sistema Único de Saúde vai encolher a partir de 2018, quando passa a valer o congelamento dos recursos públicos da área. O retorno do livre mercado dos planos de saúde só iria contribuir para acelerar a crise sanitária sem precedentes que se anuncia no Brasil. Se for aprovado, as empresas certamente verão seus lucros crescerem, os problemas dos consumidores aumentarão, o SUS continuará sendo onerado e o Judiciário, única esperança que resta àqueles que forem lesados, terá mais dificuldades de conter os abusos. Se aprovado, será pior para todos nós. (2017) – (7 notícias)

De acordo com levantamento da USP, há mais causas envolvendo planos de saúde do que relacionadas ao SUS, embora o sistema [público] atenda mais gente. O principal motivo que gerou ações foi a exclusão de coberturas ou negativas de atendimento. (2017) – (1 notícia)

O ministro da Saúde afirma que planos de saúde “assumem um risco antecipado por uma coisa incerta” ao não poderem reajustar a mensalidade de usuários após os 60 anos. Se queremos que o setor de saúde suplementar continue cooperando com o SUS e atendendo vidas que se autofinanciam no atendimento de saúde, e com isso aliviam a pressão sobre o SUS, é preciso que esse sistema se sustente. O equilíbrio econômico do plano de saúde tem que ser mantido. O modelo suplementar é o duto

por onde chegam ao Brasil as principais inovações de procedimentos, equipamentos, medicamentos e terapias. Levando em conta que o SUS encontra-se subfinanciado, com repetidas declarações de que o governo não tem condições financeiras de prover ainda mais subsídios para a adequada manutenção do serviço, como é possível falar em eliminação do setor privado? Isso significaria delegar ao SUS cerca de 50 milhões de pessoas, pressionando de forma expressiva os cofres públicos. (2017) – (2 notícias)

Encerrando uma controvérsia de duas décadas, Supremo decide que planos privados precisam compensar o SUS por serviços a seus segurados. Para o relator do processo, o contrato do plano obriga a empresa a pagar pelo atendimento, não fazendo diferença se esse atendimento é na rede privada ou na pública. Representantes dos planos justificaram a ação diante do fato de que a Constituição prevê o direito à saúde, que deve ser oferecida pelo Estado, o que foi contestado pelos ministros. (2018) – (2 notícias)

G- Judicialização na saúde

A epidemia de processos judiciais na área da assistência médica, que antes parecia afetar preferencialmente o Sistema Único de Saúde (SUS), grassa também entre planos particulares de atendimento. Levantamento da Faculdade de Medicina da USP mostrou que só no Tribunal de Justiça de São Paulo mais que quadruplicou o número de casos julgados, de 2011 a 2017. (2018) – (2 notícias)

O Supremo Tribunal de Justiça (STJ) tomou decisão drástica para estancar a chamada judicialização da saúde: suspendeu todas as ações de fornecimento pelo poder público de medicamentos que não se encontram na lista oficial do Sistema Único de Saúde (SUS). O efeito sistêmico do agregado de sentenças, entretanto, introduz uma injustiça contra o conjunto dos usuários do SUS, mais de 70% dos brasileiros. Com despesa adicional criada pela judicialização, restringe-se a verba disponível para melhorar um atendimento que está muito longe de ser ideal. Falta agora o tribunal dar uma decisão definitiva, de maneira a uniformizar as situações em que juízes podem desconsiderar as normas do SUS. (2017) – (2 notícias)

H- Irregularidades/Corrupção

A empresa [norte]-americana Zimmer admitiu à justiça dos EUA pagamento de propina a médicos do SUS em troca de facilitação na venda de produtos, como próteses, a hospitais públicos brasileiros. A informação consta de investigação feita pelo governo [norte]-americano em que a multinacional, que atua em mais de cem países, é acusada de violar legislação que proíbe práticas de corrupção no exterior. A ação não menciona nomes nem valores, mas diz que a empresa lucrou cerca de US\$3,2 milhões (aproximadamente R\$10,6 milhões) com suas vendas no Brasil no período de 2009 e 2013. (2017) – (1 notícia)

Apesar de contar com cerca de 400.000 profissionais, a comunidade médica brasileira sofre com uma minoria que permitiu a alcunha, na esteira de más condutas, da conhecida expressão “máfia de branco”. Não é novidade para nenhum leitor a ocorrência de várias operações da Polícia Federal que envolvem clínicas, hospitais e fornecedores de medicamentos, próteses e materiais cirúrgicos que desviaram dinheiro e/ou superfaturaram procedimentos muitas vezes desnecessários para os pacientes a eles submetidos. Nos últimos dez anos, em torno de trinta médicos perderam seu registro e tiveram a licença cassada, conforme dados do Conselho Federal de Medicina. (2017) – (1 notícia)

Em uma análise atual sobre os principais temas veiculados na mídia sobre o SUS, entre março de 2016 e março de 2018, a maior parte das informações retratava a participação dos planos privados no SUS e os serviços, tratamentos e medicamentos oferecidos por ele.

Novamente a quantidade de notícias em que apareciam a sigla “SUS” propagadas pela mídia no período contemporâneo é digna de análise. No período de janeiro de 1988 a janeiro de 1991, momento que antecedeu, consumou e precedeu a criação do SUS por meio de inúmeros embates e acordos políticos e a reorganização de ações e serviços públicos, apenas 36 notícias exibiam o termo “SUS”. Essa ausência pode estar relacionada à não apropriação da sigla pelos meios de comunicação e pela população em geral. Porém, a mesma constatação permanece 30 anos após a instituição do Sistema Único de Saúde.

Na contemporaneidade a área da saúde foi marcada pelo subfinanciamento, abertura do setor ao capital estrangeiro, pela Emenda Constitucional 95 e várias propostas que

fortaleceriam os mercados em saúde e debilitavam ainda mais a base financeira do SUS. Na área da comunicação fomos expostos a um aumento informacional devido às novas tecnologias da informação e comunicação (TIC), mas, nesse novo universo, assuntos importantes na área da saúde continuam a ser desconsiderados. Entre março de 2016 a março de 2018, apenas 50 reportagens citavam o Sistema Único de Saúde, 45 na *Folha de S.Paulo* e 5 na *Veja*.

Malinverni (2016), em estudo que analisa os desdobramentos da chamada epidemia midiática de febre amarela, no verão de 2007-2008, demonstra que a sigla “SUS” não aparece nas matérias que evidenciam o lado positivo do sistema de saúde brasileiro. A mesma omissão foi evidenciado por Cardoso e Rocha (2018), citando estudo realizado por Cavalcante, em 2013, durante uma cobertura de seis meses do jornal *Diário do Nordeste* (CE). De 943 textos que citavam o componente “serviços de atenção à saúde”, apenas 132 citavam explicitamente o termo “SUS”.

Na maior parte das reportagens que abordaram os serviços, tratamentos e medicamentos oferecidos pela rede pública de saúde era possível detectar as impressões digitais de profissionais da área de relações públicas. Citavam em algum ponto da reportagem que o SUS oferecia o tratamento, que o medicamento era ofertado pelo SUS, em uma propaganda explícita de marcas farmacêuticas ou hospitais particulares.

As práticas discursivas dos meios de comunicação nos levam a meditar acerca da influência que exercem sobre as pessoas, podendo ser analisada segundo a ótica da indústria cultural proposta por Adorno e Horkheimer (1985). Os autores relatam que o aparelho econômico por trás da indústria cultural dita comportamentos segundo seus próprios padrões de normalidade, as marcas que as pessoas devem usar, os padrões de beleza, a moda a ser seguida. Como afirma Demo (2006, apud PEREIRA, 2010), continuamos “massa de manobra” nas mãos de uma elite perversa, que por mais de cinco séculos se dedica a espoliar a nação.

Em um paralelo entre os dois recortes históricos deste trabalho, percebe-se que as principais informações veiculadas sobre o SUS em ambos os momentos refletem a mercantilização da saúde. No segundo recorte histórico realizado, a cobertura midiática retratava a participação dos planos privados no SUS, bem como serviços, tratamentos e medicamentos oferecidos pelo SUS, refletindo interesses capitalistas. O mesmo painel é observado no primeiro recorte, expondo a manipulação midiática

em favor de grupos específicos no intuito de defender, manter e ampliar seus monopólios.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A realização deste estudo permitiu identificar os noticiários sobre o SUS publicados no jornal *Folha de S.Paulo* e revista *Veja*, em dois momentos históricos, o de formação do SUS (janeiro de 1988 a janeiro de 1991) e o contemporâneo (de março de 2016 a março de 2018).

Por meio de análises dos discursos do sujeito coletivo, formados a partir da cobertura dos meios de comunicação escolhidos, foi possível verificar como a prática discursiva midiática contribuiu para a construção da imagem do SUS, que pode ser dividida em duas vertentes antagônicas. Na primeira, tanto no momento de sua criação quanto no período contemporâneo, tem-se uma imagem positiva do SUS, na qual é enaltecida a sua base legal e constitucional, bem como seu repertório de conquistas ao longo de seus 30 anos.

Na segunda imagem, em ambos os períodos analisados, nota-se um forte viés capitalista nos discursos midiáticos, sempre suscitando e discutindo a participação da iniciativa privada na saúde. Esse embate sobre a fatia que caberia ao setor privado está presente nos dois períodos estudados. No primeiro, de forma mais nítida, pois há uma tentativa de minimizar os entraves constitucionais à sua participação no novo modelo de saúde brasileira, em um esforço para levar a população a acreditar que o Brasil não teria condições técnicas e financeiras de bancar um sistema de saúde universal e gratuito, daí ser a rede privada essencial para cobrir eventuais deficiências do setor público.

Foi possível também resgatar as representações sociais contidas nas notícias veiculadas sobre o Sistema Único de Saúde em ambos os veículos e nos dois momentos estudados, recuperando os principais temas relacionados ao SUS. Esse resgate pode ser útil em pesquisas futuras que trabalhem com outros recortes históricos.

Foi possível verificar que no primeiro recorte (janeiro de 1988 a janeiro de 1991) a mídia limitou-se a um papel descritivo, apresentando informações superficiais que não contribuíam para o entendimento do SUS na prática. Porque se tratava de um momento gestacional do SUS, entendemos que havia necessidade de uma discussão mais profunda acerca dos princípios que norteariam o novo sistema, bem como qual

seria sua dimensão, de que maneira seria colocado em prática, quais as formas de financiamento. No entanto, temas sobre a participação da iniciativa privada no SUS foram os mais abordados.

No período contemporâneo (março de 2016 a março de 2018) as retrataram a participação dos planos de saúde privados no SUS. Operando sob a lógica capitalista, essa rede privada expressa interesses da classe dominante. Sob a abordagem gramsciana é possível postular que a cobertura midiática esboçou uma representação de interesses ao disseminar as perspectivas desses grupos específicos. O objetivo da classe dominante, no segundo recorte histórico, é disputar o mercado de saúde com o setor público, principalmente no que concerne aos tributos do Estado, para subsidiar os planos privados de saúde, indústrias farmacêuticas e hospitais particulares.

O segundo assunto mais abordado na atualidade foram os serviços, tratamentos e medicamentos oferecidos pelo SUS. Os discursos acerca desses temas faziam referência ao SUS de forma tímida, em uma propaganda explícita de marcas de medicamentos, hospitais, novos tratamentos na rede privada, que seriam contemplados pelo SUS após algum tempo. Nesse sentido, é possível dizer que as práticas midiáticas atuais analisadas intensificam a manipulação sociocultural, segundo a teoria da indústria cultural, sendo a saúde considerada uma mera mercadoria desta indústria.

Por fim, o processo comunicativo da mídia impressa apresentou falhas na execução de seu papel social: a lógica capitalista passou a ocupar espaços dos meios de comunicação que deveriam ser destinados à publicação de reportagens esclarecedoras, norteadoras de ações e ricas em conteúdo informacional. Por meio de pesquisa de literatura nacional e internacional foi possível identificar referências com materiais abrangentes e esclarecedores sobre o sistema de saúde brasileiro e de outros países, os quais foram destacados nesta pesquisa.

REFERÊNCIAS

- AIRES, J.; SANTOS, S. **Sempre foi pela família: mídias e políticas no Brasil**. Rio de Janeiro: Mauad X, 2017.
- ALBALAWI, Y.; SIXSMITH, J. Identifying Twitter influencer profiles for health promotion in Saudi Arabia. **Health Promotion International**, [s.l.], v. 32, n. 3, p. 1-8, 2015.
- ARAÚJO, I. S. de. Tempos idos, tempos vindos. Muita história por contar, muita história por fazer. In: D'AVILA, C.; TRIGUEIROS, U. (Org.). **Comunicação, mídia e saúde: novos agentes, novas agendas**. Rio de Janeiro: Editora Luminatti, 2017. p. 11-49.
- AZEVEDO, F. A. Mídia e democracia no Brasil: relações entre o sistema de mídia e o sistema político. **Opin. Publica**. Campinas, v. 12, n. 1, p. 88-113, Ma 2006.
- _____; CARSO, J. M. **Comunicação e saúde**. 20. ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007. 152p. (Coleção Temas da Saúde).
- BARBOSA, B. C. **Violações de direitos humanos e regulação de conteúdo na TV: Brasil em perspectiva comparada com França e Reino Unido**. 2013. 161f. Dissertação (Mestrado em Gestão e Políticas Públicas) - Fundação Getúlio Vargas, Escola de Administração de Empresas de São Paulo, São Paulo, SP, 2013.
- BARBOSA, B. et al. Brasil e seu desenvolvimento mediático: síntese e análise da aplicação dos indicadores da Unesco. **Infoamérica: Iberoamerican Communication Review**, [s.l.], v. 11, p. 75-95, 2017.
- _____; BRANT, J. As iniciativas da sociedade civil para dar rumo democrático às políticas de comunicação no Brasil. Como os processos da Conferência Nacional de Comunicação (Confecom) e da construção de indicadores do direito à comunicação se articulam para definir novas. **Revista Eletrônica de Comunicação, Informação e Inovação em Saúde**, [s.l.], v. 4, n. 4, p. 36-44, 2010.
- BATALHA, E. Serviço Nacional de Educação Sanitária – o estreito vínculo entre educação e saúde. **Invivo/Fundação Oswaldo Cruz**, [s.l.] 2007. Disponível em: <<http://www.invivo.fiocruz.br/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm?infoid=922&sid=7>>. Acesso em: 14 abr. 2019.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Para entender o controle social na saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.178p.
- _____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Legislação estruturante do SUS**– . 20. ed. Brasília: Conass, 2011. 534p. (Coleção Para entender a gestão do SUS 2011, 13).
- _____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Que saúde você vê?** Brasília: Conass, 2015. 76p. (Conass Debate, 4).
- _____. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Texto constitucional promulgado em 5 de outubro de 1988, com as alterações determinadas pelas Emendas Constitucionais de Revisão nº 1 a 6/94, pelas Emendas Constitucionais nº 1/92 a 91/2016 e pelo Decreto Legislativo nº 186/2008. Brasília: Senado Federal, 2016. Disponível em:

<https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/518231/CF88_Livro_EC91_2016.pdf>. Acesso em: 7 abr. 2019.

_____. **História do Ministério**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017a. Disponível em: <<http://portalms.saude.gov.br/historia-do-ministerio>>. Acesso em: 13 abr. 2019.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **I Conferência Nacional de Comunicação**. Proposta elaborada no âmbito do Conselho Nacional de Saúde. Brasília, 2009. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/Web_comissoes/cicis/doc/Iconferencia.pdf>. Acesso em: 13 abr. 2019.

_____. Lei nº 4.117, de 27 de agosto de 1962. Institui o Código Brasileiro de Telecomunicações. Brasília, DF, Câmara dos Deputados, [1962]. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L4117.htm>. **Diário Oficial da União**, Brasília, DE, 17 dez. 1962. Acesso em: 7 abr. 2019.

_____. Lei nº 5.250, de 9 de fevereiro de 1967. Regula a liberdade de manifestação do pensamento e da informação. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 10 fev. 1967. Seção 1, p. 1657. Disponível em: <<https://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/1960-1969/lei-5250-9-fevereiro-1967-359026-publicacaooriginal-1-pl.html>>. Acesso em: 7 abr. 2019.

_____. Ministério da Saúde. **Relatório 1ª Conferência Nacional Livre de Comunicação em Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde, 2017a. Disponível em: <https://www.icict.fiocruz.br/sites/www.icict.fiocruz.br/files/Relatorio_1CNLCS.pdf>. Acesso em: 14 de Abril de 2019.

_____. Medida Provisória nº 870, de 1 de janeiro de 2019. Estabelece a organização básica dos órgãos da Presidência da República e Ministérios. **Diário Oficial da União**, 1 jan. 2019a. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/Mpv/mpv870.htm>. Acesso em: 7 abr. 2019.

_____. Conselho Nacional de Saúde Comissão Intersetorial de Comunicação e Informação em Saúde - CICIS. Brasília, 2019b. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/Web_comissoes/cicis/index.html>. Acesso em: 13 abr. 2019.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 277, de 7 de maio de 1998. Aprova a criação da Comissão Intersetorial de Informações em Saúde e afirma que as atribuições da Comissão Intersetorial de Informações em Saúde serão desempenhadas, por delegação de competência, pela Oficina de Trabalho Interagencial da RIPSAs. Brasília, DF, 7 maio 1998. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/reso_98.htm>. Acesso em: 07 de Abril de 2019.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 349, de 5 de maio de 2005. Aprovar a criação da Comissão Intersetorial de Comunicação e Informação em Saúde, na forma do Art. 12 e seu parágrafo único da Lei nº 8.080/90. Brasília, DF, 5 maio 2005. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2005/res0349_05_05_2005.html>. Acesso em: 7 abr. 2019.

CAMPOS, G. W. S. SUS: o que e como fazer? **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 1707–1714, 2018.

CARDOSO, J. M. Comunicação e saúde: desafios para fortalecer o SUS, ampliar a participação e o controle social. In MINISTÉRIO DA SAÚDE. CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **Coletânea de comunicação e informação em saúde para o exercício do controle social**. Brasília, 2006. (Série F. Comunicação e Educação em Saúde). p. 45–55.

_____; ROCHA, R. L. Interfaces e desafios comunicacionais do Sistema Único de Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 1871-1880, 2018.

CASTIEL, L. D.; VASCONCELLOS-SILVA, P. R. **Precariedades do excesso: informação e comunicação em saúde coletiva**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006. 168p.

CAVACA, A. G. et al. Entre evidências e negligências: cobertura e invisibilidade de temas de saúde na mídia impressa portuguesa. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 11, p. 3569-3580, 2015.

CECCHI C. La place de l'information dans la décision en santé publique. **Santé Publique**, [s.l.], v. 20 n. 4, p. 387-394, 2008. Disponível em: <<https://www.cairn.info/revue-sante-publique-2008-4-page-387.htm>>. Acesso em: 6 abr. 2019.

CIRINO, J. A.; TUZZO, S. A. Comunicação e saúde: a mídia como agente social de saúde. In: CONGRESSO DE CIÊNCIAS DA COMUNICAÇÃO NA REGIÃO CENTRO-OESTE, 17., Campo Grande, 2015. **Anais...** Campo Grande: Intercom, 2015.

COUTINHO, C.; LISBÔA, E. Sociedade da informação, do conhecimento e da aprendizagem: desafios para educação no século XXI. **Revista de Educação**, Lisboa, v. XVIII, n. 1, p. 5-22, 2011.

CORREIA, M. B. F. **A comunicação de dados estatísticos por intermédio de infográficos: uma abordagem ergonômica**. 2009. 464f. Dissertação (Mestrado em Design) - Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2009.

CRANE, O. *et al.* This is a repository copy of use of information and communication technologies in the formal and informal health system responses to the 2015 Nepal earthquakes. **Health Policy and Planning**, [s.l.], v. 32, n. 3, p. 48–58, 2017.

D'AVILA, C.; TRIGUEIROS, U. (orgs). **Comunicação, mídia e saúde: novos agentes, novas agendas**. Rio de Janeiro: Editora Luminatti, 2017. 248p.

DO, M.; FIGUEROA, M. E.; KINCAID, D. L. HIV testing among young people aged 16–24 in South Africa: impact of mass media communication programs. **AIDS and Behavior**, [s.l.], v. 20, n. 9, p. 2033-2044, 2016.

DUARTE, E.; EBLE, L.J.; GARCIA, L. P. 30 anos do Sistema Único de Saúde. **Revista Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 27, n.1, 2018.

EICHELBAUN, M. Setor de tecnologia movimenta R\$ 460 bilhões. **Brasscom**, São Paulo, 2019. Disponível em: <<https://brasscom.org.br/setor-de-tecnologia-movimenta-r-460-bilhoes/>>. Acesso em: 18 abr. 2019.

- EPSTEIN, I. Comunicação de massa para saúde: esboço de uma agenda midiática. **Revista Latinoamericana de Ciencias de la Comunicación**. [s.l.], v.5, n. 8-9, p. 132-142, 2008.
- FERNANDES, V. R. et al. The 'locus' of health oversight in Brazil's Unified Health System – a place between the knowledge and the practices of social mobilization. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 10, p. 3173-3181, 2017.
- FIGUEIRA, J. O jornalismo no seu labirinto. In: D'AVILA, C.; TRIGUEIROS, U. (Or.). **Comunicação, mídia e saúde: novos agentes, novas agendas**. Rio de Janeiro: Editora Luminatti, 2017. p. 181-199.
- FIOCRUZ. Fundação Oswaldo Cruz. **Linha do tempo**. Rio de Janeiro, RJ 2019. Disponível em: <<https://portal.fiocruz.br/linha-do-tempo>>. Acesso em: 13 abr. de 2019.
- _____. **Programa Radis**. Rio de Janeiro, 2018. Disponível em: <<https://radis.ensp.fiocruz.br/index.php/programa-radis/sobre>>. Acesso em: 13 abr. 2019.
- FUNG, I. C. H. et al. Social media's initial reaction to information and misinformation on ebola, august 2014: Facts and rumors. **Public Health Reports**, [s.l.], v. 131, n. 3, p. 461-473, 2016.
- GOODMAN, J.; WENNERSTROM, A.; SPRINGGATE, B. F. Participatory and social media to engage youth: From the Obama campaign to public health practice. **Ethnicity and Disease**, [s.l.], v. 21, 2011.
- GUERRA, G. C. M.; ICHIKAWA, E. Y. A institucionalização de representações sociais: uma proposta de integração teórica. **REGE - Revista de Gestão**, São Paulo, v. 18, n. 3, p. 339-359, sep. 2011. Disponível em: <<https://www.revistas.usp.br/rege/article/view/36742>>. Acesso em: 13 abr. 2019.
- HOCHMAN, G. Regulando os efeitos da interdependência: Sobre as relações entre saúde pública e construção do Estado (Brasil 1910-1930). **Estudos Históricos**, Rio de Janeiro, v.6, n.11, p.40-61, 1993. Disponível em: <http://www.bvshistoria.coc.fiocruz.br/lildbi/docsonline/antologias/regulando_efeitos.pdf>. Acesso em: 13 abr. 2019.
- JUNG, M. Challenges of vaccinations in the era of new media communication. **Health Care Manager**, [s.l.], v. 37, n. 2, p. 142-146, 2018.
- JUNG, M.; CHOI, M.; LEE, T. R. Determinants of public phobia about infectious diseases in South Korea: effect of health communication and gender difference. **Asia-Pacific Journal of Public Health**, [s.l.], v. 27, n. 2, p. NP833-NP843, 2015.
- JUNIOR, E. F.; RIBEIRO, B. A.; PINHEIRO, M. O. A informação na comunicação e a comunicação na informação: convergência e midiaticização no campo interdisciplinar. In: CONGRESSO DE CIÊNCIAS DA COMUNICAÇÃO NA REGIÃO NORDESTE, 19., Fortaleza, 2017. **Anais...** Fortaleza: Intercom, 2017.
- LEFÈVRE, A. M. C.; LEFÈVRE, F. O sujeito coletivo que fala coletivo. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, SP, v. 10 n. 20 p, p. 517–524, 2006.
- LERNER, K.; SACRAMENTO, I. (Org.). **Saúde e jornalismo: interfaces contemporâneas**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2014. 269p.

LIMA, D. R. O Conselho Nacional de Política Cultural como instrumento de diálogo entre governo e sociedade. In: SEMINÁRIO INTERNACIONAL DE POLÍTICAS CULTURAIS, 5., Rio de Janeiro, 2014. **Anais...** Rio de Janeiro: Fundação Casa de Rui Barbosa, 2014. Disponível em:

<<http://culturadigital.br/politicaculturalcasaderuibarbosa/files/2014/06/Deborah-Rebello-Lima.pdf>>. Acesso em: 19 abr. 2019.

LIMA, L. D.; CARVALHO, M. S.; COELI, C. M. Sistema Único de Saúde: 30 anos de avanços e desafios. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 7, 2018.

LOURENÇO, L. F. L. et al. A historicidade filosófica do conceito saúde. **Revista Eletrônica HERE, História da Enfermagem**, Brasília, v. 3, n. 1, p. 17-35, 2012.

MALINVERNI, C. **Epidemia midiática de febre amarela: desdobramentos e aprendizados de uma crise de comunicação na saúde pública brasileira**. 2016. Tese (Doutorado em Ciências) - Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2016.

_____; CUENCA, A. M. B. Epidemias midiáticas, a doença como um produto jornalístico. In: D'AVILA, C.; TRIGUEIROS, U. (orgs). **Comunicação, mídia e saúde: novos agentes, novas agendas**. Rio de Janeiro: Editora Luminatti, 2017. p. 87-113.

MARTINI, S. **Periodismo, noticia y noticialidad**. Colombia: Grupo Editorial Norma, 2004, 135p.

MATHIAS, M. Falta de regulamentação da comunicação prejudica o SUS – **EPSJV/Fiocruz**, Rio de Janeiro, 2015. Disponível em <<http://www.epsjv.fiocruz.br/noticias/reportagem/falta-de-regulamentacao-da-comunicacao-prejudica-o-sus>>. Acesso em: 18 abr. 2019.

MEDEIROS, A. G. P.; SOUZA, E. C. F. O sistema único de saúde e a mídia televisiva: análise de um telejornal local em emissora nacional. **Revista Ciência Plural**, [s.l.], v. 3, n. 84, p. 111-126, 2017

MENDES, E.V. **Uma agenda para a saúde**. São Paulo: Hucitec, 1996. 300p.

MICHAELIS. **Dicionário brasileiro de língua portuguesa**. Editora Melhoramentos, 2015.

MORAES, R. C.; OLIVEIRA-COSTA, M. S.; MENDONÇA, A. V. M. De que saúde pública estamos falando? Um olhar sobre os discursos jornalísticos no Correio Braziliense, no ano de 2016. **Revista Latinoamericana de Ciencias de la Comunicación**, [s.l.], v. 14, n. 27, p. 326-341, 2017.

NETO, A. O.; PINHEIRO, R. O que a saúde tem a ver com rádio comunitária? Uma análise de uma experiência em Nova Friburgo - RJ. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, p. 527-536, 2013.

OLIVEIRA, V. DE C. A comunicação midiática e o Sistema Único de Saúde. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, SP, v. 4, n. 7, p. 71-80, 2000.

OLIVEIRA, W. Quando vírus, bactérias e mosquitos chegam ao noticiário. In: D'AVILA, C.; TRIGUEIROS, U. (Org.). **Comunicação, mídia e saúde: novos agentes, novas agendas**. Rio de Janeiro: Editora Luminatti, 2017. p. 11-49.

OLIVEIRA, V. D. C. Comunicação, Informação e Ação Social. In: MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Organização do cuidado a partir de problemas**: uma alternativa metodológica para a atuação da Equipe de Saúde da Família. Brasília, 2000. p. 65-74.

PAIM, J. et al. The Brazilian health system: History, advances, and challenges. **The Lancet**, [s.l.], v. 377, n. 9779, p. 1778-1797, 2011.

PAIM, J. S. **O que é o SUS**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009. 148p. (Coleção Temas da Saúde).

_____. Sistema Único de Saúde (SUS) aos 30 anos. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 1723-1728, 2018.

PASSOS, G.; BASTER, R. A comunicação pública passa a ser alvo da extrema direita no país. **Carta Capital: Intevozes**, [s.l.], 2019. Disponível em: <<https://www.cartacapital.com.br/blogs/intevozes/a-comunicacao-publica-passa-a-ser-o-alvo-da-extrema-direita-no-pais/>>. Acesso em: 17 de abr. de 2019.

PAULINO, F. O. et al. Ética, comunicação, cidadania e políticas de comunicação. **Revista Latinoamericana de Ciencias de la Comunicación**, [s.l.], v. 13, n. 24, p. 276-282, jan./jun. 2016.

PAULINO, F. O. **Responsabilidade social da mídia**. Análise conceitual e perspectivas de aplicação no Brasil, Portugal e Espanha. 2008. Tese (Doutorado em Comunicação) - Faculdade de Comunicação da Universidade de Brasília, Brasília, 2008.

PAULINO, F. O.; SILVA, L. M. (orgs.). **Comunicação pública em debate**: ouvidoria e rádio. Brasília: Editora Universidade de Brasília, 2013. 200p.

PEREIRA, E.M. **O controle social no SUS**: análise da capacidade democrática dos Conselhos Regionais de Saúde do Distrito Federal. 2010. Tese (Doutorado em Ciências da Saúde) - Universidade de Brasília, Brasília, 2010.

PIETRZAK-FRANGER, M. M.; HOLMES, M. S. Disease, communication, and the ethics of (in)visibility. **Journal of Bioethical Inquiry**, [s.l.], v. 11, n. 4, p. 441-444, 2014.

PINHEIRO, R.; LOFÊGO, J. Direito à comunicação como manifestação do direito humano à saúde: participação, diálogo e cidadania na construção das políticas públicas. **RECIIS - Revista Eletrônica de Comunicação, Informação e Inovação em Saúde**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 4, 2012. Disponível em: <<https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/17312/2/16.pdf>>. Acesso em: 7 maio 2019.

PITTA, AM. M. R. (Coord.). **Levantamento do perfil tecnológico da área de comunicação no SUS** – parte I - A percepção dos representantes de usuários na 10ª Conferência Nacional de Saúde. Rio de Janeiro: GT de Comunicação e Saúde/Abrasco, 1996/1997. Disponível em:

<https://www.abrasco.org.br/site/gtcomunicacaoesaude/wp-content/uploads/sites/10/2014/04/doc_Pesquisa_PerfilComunicacao_GTCOMUNICAO.pdf>. Acesso em: 13 abr. 2019. PULLMAN, D.; ZARZECZNY, A.;

PICARD, A. Media, politics and science policy: MS and evidence from the CCSVI Trenches. **BMC Medical Ethics**, [s.l.], v. 14, n. 1, 2013.

- RAMOS, M. N. P. **Comunicação e saúde em contexto multicultural**. In: ENCONTRO DE ESTUDOS MULTIDISCIPLINARES EM CULTURA, 4., Salvador, 2008. **Anais...** Salvador: Faculdade de Comunicação/UFBA, 2008.
- SACRAMENTO, I. A saúde como normatividade social: comunicação, risco e estilos de vida. **RECIIS - Revista Eletrônica de Comunicação, Informação e Inovação em Saúde**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, p. 1-6, 2019.
- SANTOS, R. T. SUS: um novo capítulo de lutas. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 1719-1720, 2018.
- SANTOS, S. B. Mídia e saúde: os editoriais sobre saúde do periódico pernambucano *Jornal do Commercio*. **RECIIS - Revista Eletrônica de Comunicação, Informação e Inovação em Saúde**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 4, 2012.
- SCHEUFELE, D. A.; KRAUSE, N. M. Science audiences, misinformation, and fake news. **Proceedings of the National Academy of Sciences**, [s.l.], v. 116, n. 16, 2019. p. 7662-7669. Disponível em: <<https://www.pnas.org/content/pnas/116/16/7662.full.pdf>>. Acesso em: 16 abr. 2019.
- SILVA, A. X.; CRUZ, E. A.; MELO, V. A importância estratégica da informação em saúde para o exercício do controle social. **Ciência & Saude Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 3, p. 683-688, 2007.
- SILVA, G. Para pensar critérios de noticiabilidade. **Estudos em jornalismo e mídia**, [s.l.], v. 2, n. 1, p. 95-107, 2005.
- SILVA, G. M.; RASERA, E. F. A construção do SUS-problema no jornal *Folha de S. Paulo*. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, Rio de Janeiro, p. 1-15, 2014.
- SOUZA, K. M. **Mídia, jornalistas e cidadãos**: as representações sociais do SUS. 2015. Dissertação (Mestrado em Comunicação) - Universidade Federal de Goiás, Goiânia, 2015.
- SOUZA, L. E. P. F. O SUS necessário e o SUS possível: estratégias de gestão. Uma reflexão a partir de uma experiência concreta. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 911-918, 2009.
- SOUZA, R. T. A.; SANTOS, C. F. Naturalização da indústria cultural nos meios de comunicação religiosos de matriz cristã. **ECCOM – Revista de Educação, Cultura e Comunicação**. São Paulo, v. 10, n. 19, p. 213–224, 2019.
- TEIXEIRA, M. M. A Comunicação na sociedade da informação. **bocc - biblioteca on-line de ciências da comunicação**, [s.l.], p. 31 p., 2012.
- UNESCO – Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura. Um mundo e muitas vozes: comunicação e informação na nossa época. Rio de Janeiro: Editora da Fundação Getúlio Vargas, 1983.
- VALENTE, J. **Regulação democrática dos meios de comunicação**. São Paulo: Fundação Perseu Abramo, 2013. 102p. (Coleção o que saber; 2).
- VARDEMAN-WINTER, J. The framing of women and health disparities: a critical look at race, gender, and class from the perspectives of grassroots health communicators. **Health Communication**, [s.l.], v. 32, n. 5, p. 629-638, 2017.
- VILLELA, E. F. M. **Representações sociais sobre dengue na mídia impressa**: Informação epidemiológica, educativa ou política? 2012. Tese (Doutorado em

Ciências) - Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2012.

WOLF, M. **Teorias da comunicação**. Lisboa: Presença. 1999.