

UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA
FACULDADE DE COMUNICAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM COMUNICAÇÃO

Lorena Goretti Carvalho Barroso

SUS ENTRE ASPAS:

Uma Análise do Discurso dos Jornais *Folha de S. Paulo* e *O Globo* sobre as Conferências
Nacionais de Saúde (1992-2015)

Juiz de Fora
Fevereiro de 2016

Lorena Goretti Carvalho Barroso

SUS ENTRE ASPAS:

Uma Análise do Discurso dos Jornais *Folha de S. Paulo* e *O Globo* sobre as Conferências Nacionais de Saúde (1992-2015)

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Comunicação, na Universidade Federal de Juiz de Fora, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre.

Orientador: Prof. Dr. Wedencley Alves Santana

Juiz de Fora
Fevereiro de 2016

Lorena Goretti Carvalho Barroso

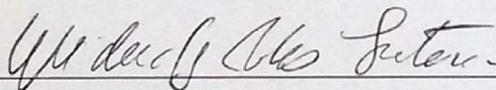
SUS ENTRE ASPAS:

Uma Análise do Discurso dos Jornais *Folha de S. Paulo* e *O Globo* sobre as Conferências Nacionais de Saúde (1992-2015)

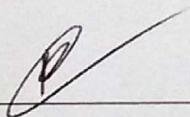
Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Comunicação, na Universidade Federal de Juiz de Fora, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre.

Área de Concentração: Comunicação e Sociedade
Linha de Pesquisa: Comunicação e Poder
Orientador: Prof. Dr. Wedencley Alves Santana /
Universidade Federal de Juiz de Fora

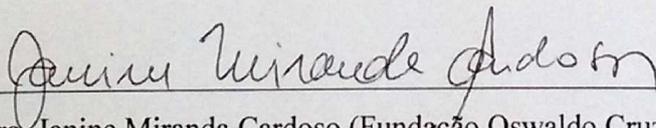
Aprovada pela banca composta pelos seguintes membros:



Prof. Dr. Wedencley Alves Santana (UFJF) – Orientador



Prof. Dr. Paulo Roberto Figueira Leal (UFJF) – Convidado



Profa. Dra. Janine Miranda Cardoso (Fundação Oswaldo Cruz - Fiocruz) – Convidada

Conceito obtido: APROVADO

Juiz de Fora, 26 de fevereiro de 2016.

*Aos mais de 150 milhões de brasileiros que têm o SUS
como única ou principal fonte de prestação de serviços de saúde
e aos outros 50 milhões que também usam o sistema público –
às vezes mesmo sem saber.*

AGRADECIMENTOS

Apenas duas mãos não seriam suficientes para compor esta pesquisa. Foram as minhas que a escreveram, mas sem o olhar, as palavras e o apoio de algumas pessoas e instituições este projeto não seria concluído.

Inicialmente, agradeço ao meu primeiro e maior mestre, Ivan, meu pai, por me mostrar que o melhor caminho é ter liberdade para escolhê-lo. À minha mãe, Fina, agradeço pela dedicação e disposição incansáveis e pelo incentivo irrestrito em cada etapa.

Ao Gustavo, meu parceiro e melhor amigo, agradeço pelo companheirismo diário e pela dedicação irrestrita para que eu concluísse essa pesquisa. O mestrado me trouxe você, dando um novo sentido à minha vida.

Ao Weden, meu orientador, professor e amigo, muito obrigada por ter acreditado em mim. Você transformou meus horizontes a respeito da comunicação, da saúde e do discurso e me mostrou que é possível enxergar o mundo com várias lentes. Aos colegas do grupo SENSUS, o diálogo constante, as discussões e a ajuda foram fundamentais neste percurso. À Alice e à Stéphanie, agradeço por terem compartilhado bibliografias, artigos e confidências, e se tornado grandes amigas.

Sou grata à professora Marta Pinheiro pelas contribuições determinantes para este trabalho.

Ao grande mestre Paulo Roberto agradeço pela sabedoria transmitida em cada abraço fraterno nos corredores da Facom e em cada palavra na sala de aula. Sua presença na banca é uma imensa satisfação e uma grande alegria.

Meu muito obrigada à professora Janine Cardoso pela inspiração e referência. É uma honra tê-la na banca de defesa desta dissertação.

Agradeço ao Hospital Universitário da UFJF, lugar que me fez ver a saúde para além da doença, dos medicamentos e dos leitos numerados. À minha querida amiga Lalá sou grata por ter sido a escola da comunicação, do relacionamento interpessoal e do amadurecimento.

À Affero Lab e aos amigos de lá, minha gratidão, em especial, à querida Flávia. Sua confiança foi determinante para que esse projeto pudesse se tornar realidade.

Sou grata também à Thomson Reuters e aos colegas desta empresa pela oportunidade de atuar diariamente com que a Comunicação tem de mais especial: conectar pessoas. Ao Danilo sou grata pela confiança e apoio, importantes na reta final deste trabalho.

Agradeço a todos os meus amigos, familiares e irmãos. Vocês sempre estiveram dispostos a ouvir e ajudar de várias formas, com livros, carinho, abraços e sorrisos.

Não poderia deixar de mencionar a Facom, o PPGCOM e a UFJF por terem viabilizado essa trajetória. Foram muitas oportunidades: treinamento profissional, iniciação científica, extensão, estágio, intercâmbio e bolsa de mestrado. Cada um dos professores, funcionários e colegas estão presentes na lembrança.

RESUMO

A presente dissertação visa contribuir para as reflexões acerca da participação da comunicação nas práticas sociais, uma vez que a produção de informação e o conhecimento a respeito de políticas públicas e dos espaços de participação perpassa o discurso produzido, debatido e endossado pelos grandes meios de comunicação. Desta forma, discute-se a interface da comunicação com a saúde e a abertura de perspectivas para os estudos do campo composto da Comunicação e Saúde, o qual é marcado por disputas de sentidos em que a centralidade e a potencialidade de alcance da mídia configuram a comunicação como importante zona de diálogo em função da amplitude das políticas públicas de saúde. A Constituição Federal de 1988, ao incorporar algumas deliberações da 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), estabeleceu a garantia da saúde como direito de todos e dever do Estado tendo como marcos a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) e a instituição da participação da comunidade como uma de suas diretrizes. Nesta perspectiva, esta pesquisa propõe-se a analisar os discursos materializados nas notícias publicadas pelos jornais impressos *Folha de S. Paulo* e *O Globo* a respeito das sete Conferências Nacionais de Saúde realizadas entre 1992 e 2015 (da 9ª a 15ª CNS). A partir dos dispositivos de Análise de Discurso, verifica-se a centralidade dos meios de comunicação na mobilização de sentidos hegemônicos que tangenciam o funcionamento do Estado, tendo em vista a recorrência de formações discursivas que atribuem a ele a responsabilidade por uma suposta má gestão e um subfinanciamento da saúde pública em concomitância a discursos neoliberais. Observa-se, ainda que em menor escala, a presença de sentidos que remetem ao controle social das políticas públicas de saúde. Trata-se, portanto, de um olhar transversal a respeito das relações de poder manifestas no discurso produzido sobre a saúde por meio de mecanismos comunicativos.

Palavras-chave: Comunicação e Saúde. Discursos. Poder. SUS. Conferências Nacionais de Saúde.

ABSTRACT

This thesis aims to contribute to the reflections on the participation of communication in social practices, once the production of information and knowledge about public policies and spaces for participation that cross the discourse produced, debated and endorsed by the media. Thus, we discuss the communication interface between health and opening prospects for studies of the composite field of Communication and Health, which is marked by disputes of senses in which the centrality and the media potential reach that configures the communication as an important role in dialogue zone in function of the public health policies. The Federal Constitution of 1988, when incorporate some resolutions of the 8th National Health Conference (CNS), established the guarantee of health as a universal right and duty of the State taking as benchmarks the creation of the Unified Health System (SUS) and the institution of community participation as one of its guidelines. This mainstay, our research propose the analysis of the speeches materialized in the news published by newspapers *Folha de S. Paulo* and *O Globo* about the seven National Health Conferences held between 1992 and 2015 (from 9th to 15th CNS). From the Discourse Analysis devices, we verify the centrality of the media in mobilizing hegemonic meanings that also affect the functioning of the state, given the recurrence of discursive formations that give it responsibility for an alleged mismanagement and underfunding of public health concomitantly the neoliberal discourse. We observed, although to a lesser extent, the presence of meanings that refer to the social control of public health policies. It is, therefore, a cross look about the power relations manifest in the discourse produced about health through communicative mechanisms.

Keywords: Communication and Health. Discourses. Power. SUS. National Health Conferences.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	9
2 COMUNICAÇÃO E SAÚDE: DIÁLOGOS PERTINENTES.....	13
2.1 COMUNICAÇÃO E SAÚDE	13
2.2 SUS, PARA QUE E PARA QUEM?	23
2.3 AS CONFERÊNCIAS NACIONAIS DE SAÚDE APÓS A CRIAÇÃO DO SUS .	36
2.3.1 Participação social na saúde: 27 anos de história do SUS.....	40
3 SAÚDE, ESTADO E SOCIEDADE.....	56
3.1 CONCEPÇÕES DE SAÚDE E RELAÇÕES DE PODER.....	56
3.2 GOVERNAMENTALIZAÇÃO DO ESTADO E O PODER SOBRE A VIDA	62
3.3 SISTEMAS DE SAÚDE E MODELOS DE PROTEÇÃO SOCIAL	66
3.3.1 Os sistemas de saúde ao redor do mundo: uma perspectiva comparada	68
3.3.2 A saúde no Brasil antes do SUS	76
4 SUS: DA CONSTITUIÇÃO ÀS PÁGINAS DOS JORNAIS	83
4.1 MÍDIA JORNALÍSTICA E A PERSPECTIVA DISCURSIVA	84
4.2 DISCURSOS SOBRE AS CONFERÊNCIAS NACIONAIS DE SAÚDE	90
4.2.1 Uma análise dos sentidos que atravessam as conferências.....	93
4.2.2 A responsabilização do Estado pela gestão da saúde	104
4.2.3 O subfinanciamento e a vilania do Estado.....	111
5 CONCLUSÃO.....	119
REFERÊNCIAS	122
ANEXO A – TEXTOS DA FOLHA DE S. PAULO	128
ANEXO B – TEXTOS DE O GLOBO	155

1 INTRODUÇÃO

Esta pesquisa nasceu da inquietação diante das notícias veiculadas pelos grandes meios de comunicação sobre a saúde pública. Ainda que empiricamente, observei que o discurso jornalístico em boa medida se atém aos problemas e dificuldades do sistema único sem dar conta da evolução representada pelo SUS e das melhorias que ele proporciona para a sociedade brasileira no que tange o acesso à saúde.

Além disso, por experiência pessoal atestei a qualidade dos serviços prestados pelo sistema e os avanços e desafios que o SUS enfrenta ao longo desses 27 anos de existência. Nasci em 1990, em uma maternidade pública, dois anos depois de o sistema ser criado e no mesmo ano em que foi regulamentado. De lá para cá sempre utilizei o SUS como única ou principal fonte de obtenção de serviços de saúde, assim como mais de dois terços da população brasileira.

Durante a graduação em comunicação estagiei no Hospital Universitário da UFJF, onde atuei por três anos em atividades de comunicação interna. Foi possível vivenciar o dia a dia de uma unidade de saúde pública percebendo que, apesar das dificuldades, centenas de pessoas de toda a macrorregião de Juiz de Fora eram atendidas com qualidade diariamente, embora essa informação não chegasse aos meios de comunicação.

Com base em percepções como essa, comecei a entender de que forma a comunicação e a saúde se articulam, na medida em que o estreitamento dessa relação torna-se fundamental para os dois campos. As principais referências neste sentido foram os estudos de Inesita Araújo e Janine Cardoso sobre o campo da Comunicação e Saúde. As autoras partem da premissa de que políticas públicas só se constituem efetivamente como tal ao saírem do papel, circularem e adquirirem visibilidade, ou seja, quando são apropriadas e convertidas em saberes e práticas pela população a que se destinam. Elas afirmam, portanto, que a comunicação é inseparável desse processo (ARAÚJO E CARDOSO, 2007, p. 22).

Diante destes desafios, os meios de comunicação apropriam-se de saberes e regimes de verdades que trazem significações e sentidos a determinadas práticas sociais caracterizadas enquanto campo, como é o caso da saúde. É desta forma que se percebe o caráter determinante da comunicação na mediação, produção, manutenção e transformação dos sentidos de saúde: é capaz de movimentar as relações semânticas do campo e constituir relações de poder singulares. Murtinho (2012, p. 19) defende que diante da centralidade da comunicação tanto nos processos econômicos e políticos quanto culturais e sociais, o reconhecimento do direito à comunicação por meio de políticas democráticas tem função

estratégica para a efetivação de outros direitos, como o direito à saúde. Segundo ele, a socialização dos recursos comunicacionais é condição fundamental para a democratização do Estado.

Partindo do pressuposto de que a saúde pública é construída também em uma perspectiva simbólica a partir dos discursos que circulam sobre ela, nosso objetivo com este trabalho é perceber qual é o papel dos meios de comunicação, em especial da mídia jornalística, na construção do imaginário sobre a saúde que produz sentidos acerca da saúde pública e do SUS, bem como as questões que os atravessam. Tendo em vista a complexidade que os objetos “saúde”, “saúde pública” e “SUS” apresentam e o nosso propósito de analisar o discurso jornalístico, encontramos uma imensa variedade de possibilidades e recortes. Desta maneira, optamos por uma análise do que é veiculado sobre as sete Conferências Nacionais de Saúde realizadas após a criação do SUS, uma vez que elas são o espaço institucionalizado de participação social, de vocalização dos anseios da população e, portanto, de materialização do direito à saúde no âmbito político.

Antes do SUS as conferências eram fechadas, aproximando-se mais de um encontro técnico de administradores de instâncias do Ministério da Saúde, o que acarretava em um projeto de saúde baseado em pontos de vista médicos. Os anos que antecederam a instauração da ditadura militar foram marcados por momentos políticos de intensa discussão sobre os rumos do país, nos quais governo dava indícios de que estaria disposto a tomar decisões e compartilhá-las de forma mais aberta. No entanto, durante os governos militares esse cenário se transformou e as conferências ganharam um caráter estritamente técnico (BRASIL, 2001).

A 8ª CNS foi a primeira após a redemocratização do país e inaugurou a participação da sociedade civil – representando o processo de Reforma Sanitária que discutia as condições de vida da população e manifestava propostas para reformulação das políticas de saúde brasileira. As deliberações da oitava foram discutidas na Assembleia Constituinte e boa parte delas está presente na Lei Orgânica da Saúde (nº 8080/90) a qual, dentre outras mudanças, instituiu a saúde como direito de todos e dever do Estado e criou o SUS. Dessa maneira, a escolha do recorte temporal das conferências realizadas após a 8ª CNS ocorreu em virtude dos aspectos inovadores na formulação das políticas que ganharam expressividade após a promulgação da Constituição de 1988, sobretudo, a partir da 9ª Conferência Nacional de Saúde. Ademais, essas transformações também foram importantes para a sedimentação e legitimação do campo da Comunicação e Saúde e as conferências passaram a incluir em suas temáticas de discussão questões relativas à informação e à comunicação na área da saúde.

Optamos pela análise dos discursos dos jornais *O Globo* e *Folha de S. Paulo* por se manterem ao longo dos anos entre os que têm maior circulação no Brasil, segundo a Associação Brasileira de Jornais (ANJ)¹. Além disso, ambos possuem acervo disponível para consulta *online* – a *Folha* de forma gratuita e *O Globo* mediante assinatura – o que viabilizou a análise do período que compreende 23 anos. Como aporte teórico-metodológico, recorreremos à Análise de Discurso, entendendo que a produção de sentidos sobre a saúde é atravessada por diferentes discursos e por relações de poder que neles se manifestam.

Portanto, neste trabalho analisamos discursivamente a materialidade textual dos jornais *Folha de S. Paulo* e *O Globo* sobre as sete Conferências Nacionais de Saúde realizadas após a criação de SUS. Por se tratar de jornais diários, nosso recorte compreende os meses em que as conferências foram realizadas: 1) agosto de 1992, 9ª CNS; 2) setembro de 1996, 10ª CNS; 3) dezembro de 2000, 11ª CNS; 4) dezembro de 2003, 12ª CNS; 5) novembro de 2007, 13ª CNS; 6) novembro/dezembro de 2011, 14ª CNS; 7) dezembro de 2015, 15ª CNS. Para dar início à pesquisa, o primeiro passo foi desconstruir minhas próprias impressões e iniciar a montagem de uma observação discursiva capaz de buscar ao máximo a heterogeneidade dos discursos e ir de encontro aos sentidos que o atravessam.

Cabe destacar que esta escuta discursiva em dois dos principais jornais do país configura-se inovadora, pois apesar de as conferências já terem sido amplamente discutidas em diversos outros trabalhos, sobretudo em estudos do campo da saúde coletiva, os olhares a partir da comunicação ainda são raros. Encontramos alguns trabalhos que foram importantes para auxiliar nas reflexões sobre conferências, sendo que identificamos a tese de Rodrigo Murtinho, em que defende o direito à comunicação como fundamental ao direito à saúde, como o estudo mais expressivo que trata da relação dos dois campos, utilizando as conferências como objeto de análise.

Desta maneira, organizamos a dissertação em três capítulos, inicialmente apresentamos a contextualização das temáticas de pesquisa, problematizando-as em seguida e, com base nessas questões, desenvolvemos a análise proposta. O primeiro capítulo foi articulado para contribuir nas reflexões acerca do campo compósito da Comunicação e Saúde ao traçar um panorama sobre a interface entre os dois campos. Neste sentido, a partir do referencial teórico de Inesita Araújo, Janine Cardoso e Valdir Oliveira, discute-se a saúde como objeto de investigação da comunicação com o intuito de entender de que forma essa relação tem sido importante para a implementação das políticas públicas de saúde brasileiras,

¹ A listagem dos maiores jornais do país está disponível no site da associação: <<http://www.anj.org.br/maiores-jornais-do-brasil/>>. Acesso em: 27 jan. 2016.

representadas pelo SUS. Além disso, este capítulo também apresenta a discussão em torno das Conferências Nacionais de Saúde realizadas após a criação do sistema único, contextualizando seu percurso histórico e as intersecções entre a comunicação e a participação social na garantia pelo direito à saúde. Para isso, foram importantes os estudos de Jairnilson Paim, Rodrigo Murtinho, Sarah Escorel e Renata Bloch.

No segundo capítulo discutimos, com base nas noções apresentadas por Michel Foucault, o processo de constituição dos Estados Modernos, levando em consideração que no Brasil a saúde está vinculada à seguridade social, sendo atribuída ao Estado a responsabilidade sobre a gestão, o financiamento e a regulação das ações. Sendo assim, problematizamos os conceitos e definições de saúde e, portanto, de doença, relacionando as relações de poder e controle da vida que se estabelecem nesse âmbito. Neste esteio, consideramos relevante compreender como a saúde brasileira se estruturava antes de SUS e entendê-la a partir de uma perspectiva comparada com as experiências de outros países. Cabe ressaltar, no entanto, que esta pesquisa não tem a pretensão de contar a história da saúde no Brasil e tampouco avançar sobre análises de suas estruturas de controle social. Nosso intuito é lançar olhares sobre alguns marcos históricos importantes para observação dos sentidos que são produzidos, mantidos ou transformados a respeito da saúde e das conferências ao longo do tempo.

Por fim, no terceiro capítulo discorremos sobre os aspectos de análise, fazendo uma leitura discursiva das materialidades textuais dos jornais *Folha de S. Paulo* e *O Globo*. Partimos da busca pelo termo “Conferência Nacional de Saúde”, selecionando os enunciados que fazem referência aos seguintes eixos temáticos: 1) Conferências e participação social; 2) Gestão pelo Estado e 3) Financiamento. Feito isso, verificamos as regularidades que apareceram em cada um dos temas, constituindo famílias parafrásticas e mapeando as formações discursivas.

Este trabalho faz parte dos estudos do grupo de pesquisa SENSUS: Discursos em Comunicação e Saúde² e se insere no projeto “O SUS entre aspas: modos de textualização das vozes e dos sujeitos da saúde pública na imprensa (1995 a 2010)”, financiado pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) e pela Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF).

² O grupo SENSUS, do Programa de Pós-Graduação em Comunicação da UFJF, é coordenado pelo prof. Dr. Wedencley Alves, orientador desta pesquisa.

2 COMUNICAÇÃO E SAÚDE: DIÁLOGOS PERTINENTES

Qual o desafio nosso hoje? Esse modelo está falido. Por quê? Porque nós conseguimos todo arcabouço legal e democrático de reformar o Estado, mas o conteúdo dele continuou sendo o da medicalização da vida. Continuou sendo o conteúdo não da saúde, mas da doença. Continua sendo o conteúdo do hospital e não do atendimento básico na família (Sérgio Arouca).

Neste trabalho são adotadas percepções da comunicação baseadas na interlocução e na negociação dos sentidos, levando-se em conta a existência de um fluxo contínuo de saberes e de informações entre pessoas e comunidades discursivas em diferentes cenários da arena social, algo que por si só desfaz a polaridade “emissor-receptor” que restringe a comunicação à mediação de processos sociais.

Desta maneira, os esforços concentram-se em verificar a interlocução existente entre os campos da comunicação e da saúde que dão origem a um único campo compósito e interdisciplinar marcado pela simetria entre os conceitos, proposições e ações que os tangenciam. A proposta deste capítulo é discutir os diálogos existentes no campo da Comunicação e Saúde e a produção, manutenção e transformação dos sentidos sobre a saúde pública brasileira, representada pela SUS. Para isso, debate-se o processo de formação do sistema único, seus princípios, diretrizes, desafios e avanços considerando a comunicação como produtora de conhecimentos e articuladora de sentidos que interfere na apreensão popular das políticas públicas.

Este também é o espaço de contextualização da perspectiva de desenvolvimento tanto da comunicação como da saúde na democracia brasileira, tendo em vista a centralidade da participação social na conquista e na garantia de direitos. Neste âmbito, discute-se a evolução das políticas de saúde no Brasil em torno das Conferências Nacionais de Saúde. Considera-se o papel destas instâncias formais de materialização da participação e de defesa da democratização da comunicação como fundamento para assegurar o acesso e a qualidade dos serviços de saúde.

2.1 COMUNICAÇÃO E SAÚDE

A comunicação pode ser entendida como *locus* onde se desenvolvem relações de poder que, em maior ou menor grau, disputam a atenção do público por meio de formatos e

linguagens específicas. Isso porque a mídia tem um papel privilegiado na contemporaneidade em função de sua centralidade nos processos de mediação. Desta forma, cabe ao campo da comunicação e aos media o papel de servir e conectar essas relações de poder à vida social (RODRIGUES, 1990).

A centralidade da mídia e o entendimento a respeito do seu caráter político são discutidos por Lima (2009) em sete teses que evidenciam a interface entre a comunicação e a política no Brasil enquanto campos produtores de sentidos nos quais se disputa a visibilidade proporcionada pela mediação. Destacam-se, para este trabalho, as seguintes teses: (a) a mídia ocupa uma posição central nas sociedades contemporâneas; (b) não existe política nacional sem a mídia; (c) pela mídia é possível gerar e transmitir informações políticas; fiscalizar ações do governo; exercer a crítica das políticas públicas; canalizar as demandas da população; (d) as características históricas específicas do sistema de mídia no Brasil e (e) as características históricas sobre as mazelas sociais e econômicas que potencializaram o poder da mídia no processo político brasileiro. Considera-se que essas características, aplicadas à relação entre a comunicação e a política, também são caras para analisar a relação de outros campos com a comunicação.

No caso do campo da saúde, a centralidade da mídia e a sua potencialidade de alcance configuram a comunicação como importante zona de diálogo em função da amplitude das políticas públicas de saúde em âmbito nacional. Além disso, considera-se atribuição da mídia informar e fiscalizar os serviços públicos e canalizar as demandas da população. Essa mediação, no que se aplica à saúde pública, desdobra-se, dentre outros aspectos, na percepção social acerca da prestação de serviços e de cuidados em saúde. Ainda em consonância com as teses de Lima (2009), é relevante destacar que as características do sistema de comunicação também interferem na cobertura midiática a respeito de questões específicas da vida social. Desta forma, enquanto temática de interesse comum, a saúde configura-se como um campo de disputa de sentidos no qual são vocalizados e/ou silenciados os discursos de especialistas, formuladores de políticas públicas, imprensa e população. O histórico sócio-político-econômico da sociedade brasileira se reflete nas políticas públicas de saúde e configura-se como elemento determinante na condução deste setor. Diante deste cenário, a mídia enfatiza as mazelas do sistema de saúde, bem como as dificuldades enfrentadas pela população na condução de sua vida cotidiana.

Portanto, é no campo da comunicação que outros campos sociais buscam, de forma estratégica, ganhar visibilidade e atribuir lastro as suas ações – o que se aplica ao campo da saúde na medida em que discursos de diferentes atores sociais concorrem pela

legitimidade da produção de sentidos sobre saúde. Segundo Oliveira (2000, p. 74), faz-se necessário buscar compreender de que forma uma percepção social mais ampla, existente na mídia, se articula e transforma outros processos comunicacionais vivenciados na arena social. Nesta perspectiva, entende-se que a conexão entre a comunicação e a saúde compõe uma tessitura também exterior à suas manifestações midiáticas, cujas relações de poder estão fundadas em aspectos históricos e sociais.

A relação entre a comunicação e a saúde é antiga, apesar de recente sua formação enquanto campo da Comunicação e Saúde, o qual é concebido a partir da articulação de dois campos, a comunicação e a saúde. Araújo (2013) nos chama a atenção para a importância epistemológica do conectivo ‘e’ como produtor de sentido definidor para estabelecer a existência do campo em questão. Este campo híbrido é tido como claro e compreensível por mecanismos de naturalização e essencialização dos sentidos sociais que existem em torno de cada um dos termos que o designam. A comunicação, neste âmbito, é tratada a partir de uma ótica reducionista que a limita a mera transmissão de informação. No caso da saúde, sendo ela um dos principais objetivos de cada indivíduo, no sentido de “ter saúde”, tem cristalizada sobre si uma concepção elementar de “ausência de doença”. Segundo a autora, isso acontece porque o sentido histórico sobre comunicação e saúde foi construído por uma visão instrumental, que atribui à comunicação o papel de um conjunto de meios a serviço da saúde, como implicam as formações “comunicação em saúde”, “comunicação na saúde” e “comunicação para a saúde” (ARAÚJO, 2013, p. 3).

Hoje, “comunicação e saúde” constitui um campo compósito, que traz em sua gênese a complexidade de outros dois campos (ARAÚJO, CARDOSO E MURTINHO, 2009, p. 106). Para Pierre Bourdieu (1997) uma das grandes questões que surgem em torno dos campos diz respeito ao espaço autônomo que os caracteriza, isto é, as leis próprias que regem cada um deles. A abrangência do campo, porém, não se limita a problemas semânticos e disciplinares, envolve dimensões políticas e disputa institucional por lugares de reconhecimento e visibilidade. Sendo assim, de acordo com Araújo e Cardoso (2007) o campo constitui um importante espaço definidor de condições de produção de sentidos sociais:

Campo é um espaço sociodiscursivo de natureza simbólica, permanentemente atualizado por contextos específicos, formado por teorias, modelos e metodologias, sim, mas também por agentes, instituições, políticas, discursos, práticas, instâncias de formação, e muito importante, por lutas e negociações (ARAÚJO E CARDOSO, 2007, p. 19-20).

Os objetos da comunicação pedem mais métodos e instrumentos por serem feitos basicamente de fluxos, relações e sistemas simbólicos, com fortes características de fluidez e transitoriedade. Estes objetos marcam e são marcados fortemente por relações de poder que

operam em sólidas bases materiais e institucionais condicionados por suas estruturas de produção e circulação (ARAÚJO *et al*, 2009, p. 106).

Neste sentido, vale considerar que do ponto de vista histórico, como ressaltam Araújo e Cardoso (2007, p. 62), as instituições de saúde sempre tiveram a comunicação como prerrogativa, e dela se valeram para apoiar a implementação de suas políticas ao descrever ações e prescrever comportamentos. As autoras destacam ainda que o lugar da população, neste processo, ficou restrito à instância de ‘recepção’ da comunicação institucional, não lhe sendo facultados meios e canais de expressão.

Desta maneira, basicamente as instituições de saúde, a mídia e alguns poucos núcleos acadêmicos eram os agentes de comunicação e saúde. Isso porque, no início do século XX a comunicação serviu a um projeto político desenvolvimentista de modernização e higienização da sociedade que buscava “corrigir disfunções” tais como as doenças. Nessa perspectiva, para que os Estados prosperassem, as pessoas deveriam ser produtivas e seus corpos e hábitos controlados. O modelo médico-sanitário brasileiro remanejava o eixo da saúde pública do meio ambiente para o indivíduo e ações eram direcionadas aos agentes causadores e transmissores de doenças, com base nas descobertas da epidemiologia experimental. Nesse processo de (re)organização da saúde, conhecido como Reforma Carlos Chagas, os determinantes sociais da doença eram ignorados e confiava-se que a superação do atraso e a instalação de condições propícias ao progresso se daria por meio da educação dos indivíduos. Cresciam naquele momento os debates e as críticas às práticas campanhistas, defensoras do modelo médico-sanitário implantado nos EUA, dando início à defesa da instalação de uma rede permanente de centros de saúde, com atividade de caráter preventivo e educativo, voltadas para a criação da consciência sanitária – ideias que só ganharam força nas décadas seguintes.

Para aqueles jovens sanitaristas a internalização de comportamentos saudáveis e preventivos e a criação de uma consciência sanitária na população seria capaz de alterar o curso das doenças, sendo utilizadas ações constantes e articuladas com a escola de forma a eliminar, progressivamente, as medidas autoritárias e coercitivas. (ARAÚJO E CARDOSO, 2007, p. 40-41). Essas práticas educativo-comunicativas na saúde

[...] têm como objetivo difundir para a população as concepções médico-científicas hegemônicas e implantar as normas, as condutas e os valores estabelecidos pelas autoridades sanitárias. Buscam a mudança de comportamento ou a divulgação dos interesses governamentais, em processos unidirecionais que, ao privilegiarem a palavra autorizada, desqualificam outras experiências e saberes, notadamente aqueles que orientam as pautas materiais e simbólicas das camadas populares. Essas práticas passaram a integrar um dispositivo de controle social, historicamente construído, incorporado e mantido por um conjunto muito diversificado de instituições estatais e da sociedade civil. Foi sendo aperfeiçoado nos diferentes

projetos que moldaram a face do Brasil contemporâneo, adaptando-se às relações de saber e poder, às lutas pela conquista e manutenção cotidiana da hegemonia (CARDOSO, 2001, p. 3).

É importante ressaltar que estas práticas que enfatizavam mais a prevenção do que o combate das doenças, idealizadas pelo modelo médico-sanitário, são enquadradas no parâmetro campanhista. Esse sanitarismo campanhista foi o modelo hegemônico durante o século XX até a década de 1960 e ainda é bastante aplicado (CARDOSO, 2001).

Com o fim da Primeira Guerra Mundial, algumas transformações acontecem ao longo dos anos tanto no âmbito da comunicação quanto da saúde. De acordo com Araújo e Cardoso, (2007, p. 39) entre os anos 1920 e 1930 emergiu a primeira teoria propriamente da comunicação, a Teoria da Agulha Hipodérmica ou “bala mágica”, segundo a qual as pessoas eram inertes e indefesas diante das informações dos meios de comunicação de massa, sendo possível, portanto, prever as reações e as respostas automáticas que os indivíduos dariam aos estímulos provocados.

Nos anos seguintes, com o fim da Segunda Guerra Mundial, em 1948, a Organização Mundial da Saúde (OMS) estabeleceu, pela primeira vez, um conceito de saúde que deveria nortear as políticas de saúde a partir de então. Buscando um alívio para o momento do pós-guerra, a instituição chamou de saúde o “estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não meramente ausência de doença ou incapacidade” (ALMEIDA FILHO, 2011, p. 8). Neste mesmo período, a comunicação ganha uma nova roupagem com o chamado modelo matemático da comunicação, de Claude Shannon e Warren Weaver³, o qual tinha como objetivo principal transferir informações de forma que a mensagem chegasse mais fielmente ao seu destino (emissor – mensagem codificada – canal – mensagem decodificada – receptor). Esse modo de entender os processos comunicacionais afetou também a relação do campo com outros espectros da arena social, como é caso da saúde. As características do modelo levaram e ainda levam comunicadores, educadores, planejadores e gestores da saúde pública a conceberem a prática comunicativa como limitada à transferência de informações a uma população que não possui conhecimentos relevantes sobre os assuntos que dizem respeito à sua saúde e a sua vida. Ademais, assim como qualquer modelo, este também silencia sobre o que não foi contemplado, o que dificulta uma compreensão mais abrangente de acontecimentos, grupos, instituições, etc. (ARAÚJO E CARDOSO, 2007, p. 43-47).

³ Shannon e Weaver eram pesquisadores do Laboratório Bells e buscando melhorar a transmissão de informações telegráficas de um polo a outro com o mínimo de interferências. Foi chamado de modelo matemático, pois possuía um cálculo para essa correlação (ARAÚJO E CARDOSO, 2007, p. 43).

Cabe destacar ainda, neste cenário pós-guerra, que o modelo comunicacional de Schramm, nutrido pela Teoria dos Dois Níveis de Comunicação, de Lazarsfeld, Berelson e Gaudet, ganhava expressividade diante do forte investimento sobre a comunicação de massa. Este modelo que defendia a existência de líderes de opinião entre os indivíduos e os media, teve um impacto mais definitivo na relação da comunicação com a saúde. Isso porque, tais líderes, reconhecidos como competentes e dignos de confiança por um grupo, teriam alta capacidade de convencimento por meio da linguagem e valores compartilhados. Esse espaço é ocupado pela figura do mediador nos programas brasileiros de saúde, como por exemplo, os monitores, os multiplicadores e, mais recentemente, os agentes de saúde (CARDOSO, 2001, p. 55-56; ARAÚJO E CARDOSO, 2007, p. 24-25).

Entretanto, o período posterior foi de investida capitalista no país, com Juscelino Kubitschek estimulando o desenvolvimento industrial e, conseqüentemente, influenciando os ramos farmacêuticos e de equipamentos, o que fortaleceu a assistência médico-hospitalar em detrimento da saúde pública. Em seguida, durante o regime militar, priorizou-se a assistência médica curativa individual que combinada a uma crescente medicalização da sociedade fortaleceu o complexo médico-empresarial. Os serviços de saúde, naquele momento, passaram a contar com uma expansiva rede de meios de comunicação de massa, sobretudo na televisão, onde anunciavam os seus produtos e serviços e da qual também se beneficiou o governo federal (CARDOSO, 2001, p. 62; ARAÚJO E CARDOSO, 2007, p. 49-50).

Desta maneira, os anos de 1960 e 1970 foram fundamentais para as políticas públicas no Brasil e também para a relação entre os campos da comunicação e da saúde. Foi neste momento que começaram a ganhar força os movimentos contra-hegemônicos que contestavam a incorporação de ações e ideias desenvolvimentistas em áreas relacionadas à intervenção social. Essa crítica à dependência de modelos importados, como parte de uma estratégia imperialista, emergiu, sobretudo com a abordagem humanista e política de Paulo Freire. Essa matriz de pensamento nacionalista, de cunho emancipador, com uma visão dialógica, representou a abolição de interesses alheios, os quais não respeitavam a história e os contextos locais, dificultando a politização da população (ARAÚJO E CARDOSO, 2007, p.49-50).

Araújo e Cardoso (2007) explicam que, no entendimento freiriano, os polos da relação comunicativa são vistos como detentores de saber e produtores de conhecimento. Sob este prisma, os indivíduos passam a ser encarados como seres atuantes que possuem conhecimentos pertinentes ao seu próprio desenvolvimento. Muitas experiências inovadoras

de saúde foram inspiradas nessa forma de pensar, com tentativas de integração da população aos programas governamentais (ARAÚJO E CARDOSO, 2007, p. 49-51).

Segundo as autoras, as principais mudanças no entendimento da articulação entre os campos da comunicação e da saúde se deram, sobretudo, nos últimos anos de ditadura, no final da década de 1980, num contexto de movimentação popular em torno das políticas de saúde, que culminaram na criação do SUS. Este fato produziu, entre outros cenários científicos, acadêmicos e políticos, a abertura, pelos órgãos de fomento científico, de linhas de financiamento voltadas para o tema. Essa movimentação teve origem a partir das críticas de profissionais dos serviços de saúde e instituições de ensino e pesquisa, a partir das quais têm sido desenvolvidos grupos de trabalho, cursos e oficinas, além da participação dos pesquisadores em congressos das áreas de saúde e da comunicação, bem como investimentos em pesquisas (ARAÚJO E CARDOSO, 2007, p. 25).

O seminário Saúde e Comunicação Social, realizado em 1988, em Belo Horizonte/MG, pela mobilização alcançada e pelo temário discutido, pode ser considerado atividade inaugural dessa nova conjuntura. Desse debate, alguns pontos podem ser destacados, como a crítica à hegemonia do saber técnico científico e às metodologias educativas de viés extensionista. A crítica à centralização e verticalidade dos programas de saúde foi estendida a suas estratégias de educação e comunicação: geradas pelas instituições federais e ramificadas para as heterogêneas realidades regionais e locais, foram consideradas incapazes de contemplar a pluralidade de experiências e necessidades em saúde (CARDOSO, 2001, p. 66).

Araújo e Cardoso (2007, p. 62-85) propõem uma reflexão pertinente entre os princípios orientadores do SUS e a prática comunicativa⁴, sendo possível estabelecer uma relação quase que de correspondência entre ambos. Neste sentido, discute-se nos próximos parágrafos a intersecção da comunicação com os princípios doutrinários: universalidade, equidade e integralidade; e também, com as diretrizes ou princípios organizativos: descentralização, hierarquização e participação.

A universalidade é o princípio que corresponde ao conceito fundador do SUS, isto é, saúde como direito de todos. Sendo assim, o seu correspondente na comunicação seria, logicamente, a comunicação como direito de todos. De acordo com as autoras, na contemporaneidade, o discurso da democratização da comunicação se expressa na saúde na reivindicação pelo acesso às informações necessário para o exercício do controle social. Outro ponto importante diz respeito ao entendimento das pessoas como interlocutores e não apenas destinatários de uma comunicação, na qual o indivíduo quer dizer, ser escutado e considerado.

Tendo como premissa a existência de uma sociedade desigual, o princípio da equidade aponta para a necessidade de tratar diferentemente os desiguais. Neste sentido,

⁴ Estes princípios foram instituídos pela Lei Orgânica da Saúde, em 1990 que regulamentou o SUS, a qual será discutida na próxima seção.

segundo elas, a comunicação possui o desafio de promover a redistribuição do poder na medida em que assume o desafio de modificar os lugares de interlocução no qual ser ouvido significa ser levado em consideração, produzir e fazer circular ideias.

Para Araújo e Cardoso (2007), o princípio da integralidade, por sua vez, faz-se presente na comunicação por sua dimensão de oposição à especialização, à fragmentação e desarticulação dos níveis de atenção. Verificam-se também os atributos que são considerados indispensáveis para uma boa comunicação: práticas de escuta nas quais se reconhece os discursos do outro (polifonia, reconhecimento do lugar de interlocução), serviços como espaço de conversa e troca e a recusa ao fechamento dos sentidos e a predominância das falas autorizadas.

As autoras apontam que a desconcentração de poder é representada pela diretriz da descentralização e que na comunicação ela se expressa na tradição de concentrar o poder na fala das instituições. De um modo geral, as próprias instâncias de controle social, como conselhos de saúde – por não saberem que é possível fazer diferente ou fazendo uso de mecanismos de construção de hegemonia – reproduzem a relação vertical e centralizadora da comunicação. Isso vale tanto para a comunicação com os próprios membros dessas organizações quanto com a população.

Já a diretriz de hierarquização remete à comunicação em vários níveis, ou seja, ao fato de que os órgãos de nível central, como o Ministério da Saúde, façam mais do que promover campanhas nacionais por meio da contratação de agências publicitárias, ou seja, que assumam a responsabilidade de apoiar tecnicamente os estados e municípios no seu esforço comunicativo (e estes, os movimentos e as organizações locais).

Como um princípio organizativo do SUS, a participação – também conhecida como controle social – recomenda que a sociedade seja ativa no planejamento, na implantação e na fiscalização das políticas públicas de saúde, preferencialmente por meio dos conselhos organizados em vários níveis. Araújo e Cardoso (2007) consideram que a relação da comunicação com essa diretriz é ontológica, visto que sem comunicação universal, equitativa, integral, descentralizada e hierarquizada, dificilmente a participação se efetiva tal qual foi idealizada e desejada (e vice-versa). Sendo assim, a comunicação tem como desafio desenvolver espaços, práticas e processos que ampliem vozes mais periféricas, permitindo-lhes disseminar seus pontos de vistas e, mais do que isso, oferecer à população conhecimentos sobre seus direitos e demais informações que facilitem sua relação com os serviços de saúde.

Durante a década de 1990, como explica Cardoso (2001) existiram vários momentos de avanços e retrocessos das atividades de comunicação em saúde na articulação

com as demandas do SUS. Nos primeiros anos, dois eixos principais de propostas para o campo da Comunicação e Saúde podiam ser identificados de um lado, como a lógica campanhista e desenvolvimentista, bastante empregada pelo Ministério da Saúde e, de outro, pela lógica assistencial, característica do Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (Inamps), vinculado ao Ministério da Previdência e Assistência Social. Observa-se que essas duas lógicas vigoras eram vinculadas a duas estruturas institucionais diferentes, as quais mais tarde se uniram⁵.

Na linha campanhista, segundo a autora, havia fortes críticas pelo fato de as campanhas não considerarem especificidades regionais e religiosas, o que as tornava ineficazes, não justificando os recursos empregados. Neste sentido, as propostas apontavam a necessidade de os meios de comunicação serem utilizados para a conscientização e mobilização social, além de sinalizarem também para a descentralização desses meios. No caso das campanhas regionais de educação popular em saúde, deveria explorar meios alternativos, tais como vídeos, jornais de bairro, rádios populares e cartilhas; e estabelecer parcerias para a realização de trabalho educativo na mídia, com artistas, jornalistas e dramaturgos.

No outro polo, a linha assistencial apontava para permanente associação que os meios de comunicação estabeleciam entre saúde e medicalização. Em crítica a esse cenário, propunha-se que fossem veiculados gratuitamente materiais sobre saúde nos canais de mídia sob concessão pública, e ainda, que as propagandas de medicamentos deveriam ser proibidas e as mensagens enganosas controladas. No âmbito da participação social, essas propostas apontavam que os conselhos de saúde deveriam contar com serviços de comunicação social, de forma que a mídia divulgasse ações de saúde e dados epidemiológicos, os quais poderiam ser acessados também por meio de centrais de atendimento e nas próprias instituições de saúde, e estas deveriam ser transparentes em sua administração (CARDOSO, 2001, p. 67).

Em 1994, teve início o IEC/PNE (setor de Informação, Educação e Comunicação/ Projeto Nordeste), financiado com o empréstimo cedido pelo Banco Mundial naquela ocasião. Por meio deste projeto, que teve duração de três anos, investiu-se na capacitação de líderes comunitários, professores e profissionais e estruturaram-se coordenações estaduais de IEC nas secretarias de saúde. Apesar de este projeto ter utilizado uma estratégia de aproximação que passava pela apropriação de formas de expressão da cultura popular, a autora ressalta que é possível assinalar a reedição de práticas tradicionais, como feiras de saúde, teatro de rua, uso da literatura de cordel. Mas, segundo ela, não se pode deixar de destacar o esforço de

⁵ O Inamps foi extinto em 27 de julho de 1993, pela Lei nº 8.689.

reformulação conceitual e pragmática, na tentativa de várias equipes em superar a fragmentação e aproximar-se das realidades locais (CARDOSO, 2001, p. 71).

Embora com o passar dos anos os vínculos entre os campos da Comunicação e da Saúde tenham se aproximado e agregado novas facetas, certas características foram mantidas, como por exemplo: a) o foco no indivíduo como responsável por sua saúde, ignorando os determinantes sociais, políticos, econômicos e ambientais das doenças; b) a predominância das falas autorizadas e institucionais vinculadas a um saber médico-científico; c) presença hegemônica dos discursos preventivistas e higienistas; d) a comunicação vista na concepção de emissor ativo e receptor passivo; e) e a própria abordagem campanhista (ARAÚJO, CARDOSO E MURTINHO, 2009, p.106).

Este novo campo compósito configura-se como sendo capaz de produzir e não somente disseminar conhecimento, afinal, a comunicação pode e deve fazer parte de ações como a formulação de políticas públicas, de campanhas de conscientização, de ações conjugadas de conscientização e apoio ao poder público. Além disso, a noção de direito se associa à comunicação no campo da saúde, tendo como objetivo o aperfeiçoamento de um sistema público de saúde e a participação efetiva das pessoas, entendendo-a como inerente à cidadania (ARAÚJO, 2013; ARAÚJO E CARDOSO, 2007).

Nesta perspectiva, diante do momento em que a sociedade brasileira passa a encarar as questões de saúde como um de seus principais interesses, os meios de comunicação têm importante papel por ser, senão o principal, ao menos um determinante canal de produção, manutenção e transformação de sentidos de saúde. Além disso, a comunicação também se configura como instância mediadora capaz de produzir conhecimento, devendo cada vez mais modificar os lugares de fala das informações que circulam sobre saúde, compreendendo que a população possui conhecimentos pertinentes ao seu próprio desenvolvimento e, portanto, a sua própria saúde.

Tais questões são caras à legitimação do campo da Comunicação e Saúde, e, sobretudo, para assegurar que não apenas vozes tradicionalmente autorizadas, mas também os movimentos sociais e a comunidade possam expressar seus conhecimentos e reivindicações tanto na mídia quanto nas instâncias de participação social na saúde. Sendo assim, faz-se necessário lançar olhares para o processo de formação e regulamentação da política pública de saúde brasileira representada pelo SUS, mas principalmente, discutir de que forma a comunicação vocaliza as questões que tangenciam o sistema considerando a disputa constante com o setor privado e os dilemas que são inerentes as suas idiossincrasias enquanto campo.

2.2 SUS, PARA QUE E PARA QUEM?

Discutiu-se na seção anterior o percurso de articulação, amadurecimento e legitimação do campo da Comunicação e Saúde que culmina com a criação do SUS, nos últimos anos da década de 1980. A partir de agora, dirige-se a atenção especificamente para o processo de elaboração desta política pública, isto é, como se materializaram seus princípios e diretrizes. Enfatiza-se também o caráter determinante da participação social, por meio das Conferências Nacionais de Saúde, na garantia do direito a saúde no Brasil bem como a relação da comunicação neste processo, levando em conta sua capacidade de constituir sentidos sobre indivíduos, grupos, instituições e políticas públicas, etc.

Antes de sistema único ser instituído, segundo Paim (2009), a organização dos serviços de saúde no país se dividia em mundos separados: existiam ações voltadas para a prevenção, o ambiente e a coletividade, que envolviam também questões sanitárias, a saúde do trabalhador, ligada ao Ministério do Trabalho e, além disso, a medicina previdenciária; e as modalidades de assistência médica liberal, filantrópica e empresarial, com foco nas ações curativas e individuais⁶.

Diante da complexificação deste cenário, em que as modalidades de medicina privada começavam a sobrepor claramente as iniciativas em saúde pública, entidades, pesquisadores e profissionais, preocupados com essa conjuntura e interessados em enfrentar tais problemas, organizaram um movimento social para buscar a democratização da saúde brasileira. O movimento, que ganhou corpo na segunda metade da década de 1970, ficou conhecido como Reforma Sanitária Brasileira (RSB) e propôs a reestruturação dos serviços de saúde por meio da criação do SUS. Inicialmente a RSB era comandada por um grupo restrito de intelectuais, médicos e autoridades políticas do setor da saúde, e posteriormente, incorporou entidades de movimentos sociais urbanos (associações de bairros, movimentos contra a carestia, comunidades eclesiais de base, entre outros) e sindicatos (PAIM, 2008, p. 308).

Neste sentido, o autor destaca cinco setores os quais influenciaram diretamente o processo de formação da Reforma Sanitária Brasileira por meio de suas atividades e movimentos: (1) No segmento popular, os movimentos contra a carestia, clubes de mães, conselhos comunitários e organizações, em São Paulo, ligados à Igreja católica. Iniciativas identificadas também em outras localidades do país com o Movimento Popular de Saúde (MOPS); (2) Entre os estudantes de medicina, o Centro de Estudos de Saúde, vinculados ao

⁶ No segundo capítulo são abordados os antecedentes do SUS de forma mais detalhada.

Diretório Acadêmico Alfredo Balena, da UFMG, responsável pela organização da I Semana de Estudos sobre Saúde Comunitária (SESAC) em 1974, além dos Encontros Científicos de Estudantes de Medicina (ECEM); (3) No segmento profissional, a mobilização dos médicos residentes, que formariam mais tarde o Movimento de Renovação Médica (REME); (4) No meio intelectual e acadêmico, docentes dos departamentos de medicina preventiva e social e escolas de saúde pública, além de pesquisadores vinculados à Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência (SBPC)⁷; e, (5) No campo institucional, destaca-se a experiência desenvolvida na cidade de Montes Claros⁸, que foi considerada a parte mais desafiante de um projeto contra-hegemônico, reconhecida como uma das origens institucionais da proposição de Reforma Sanitária e do SUS (PAIM, 2008, p. 71-72).

Este movimento pela democratização da saúde levou à formação do Centro Brasileiro de Estudos em Saúde (Cebes), em 1976, durante a 32ª Reunião Anual da SBPC, realizada na Universidade de Brasília. O Cebes deu mais consistência à organização e à formulação das propostas da RSB, pois reunia intelectuais que uniam questionamentos feitos à ordem política, econômica e social vigente e a crítica às condições dos serviços de saúde. Este grupo foi responsável pela primeira proposta do SUS, apresentada em 1979, no I Simpósio de Política Nacional de Saúde da Comissão de Saúde da Câmara dos Deputados, com o documento *A questão Democrática na Área da Saúde*. Porém, o texto que justificava os princípios e as diretrizes para a formulação do sistema só teve suas ideias incorporadas à Constituição nove anos depois (MURTINHO, 2012, p. 186-187; PAIM, 2008, p. 81).

Outro ator importante da Reforma Sanitária surgiu naquela época, a Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (Abrasco), fundada em setembro de 1979. Em referência à Fonseca (2006), Murtinho (2012, p. 190) afirma que a Abrasco representava o cruzamento entre atores, ideias e instituições, se consolidando institucionalmente no eixo de interligação entre a formação profissional e a atuação política, na qual ele explicita três campos: no âmbito político, com a articulação que contrapunha o regime; a constituição de um novo campo, denominado Saúde Coletiva, que fazia parte de novas concepções que reformulavam a área da saúde; e a preocupação com a formação profissional diante da

⁷ Em referência a Escorel (1995), Paim (2008, p.72) ressalta algumas instituições acadêmicas que foram importantes neste processo: o Programa de Estudos Socioeconômicos em Saúde (PESES) da Fiocruz; o Mestrado em Medicina Social do IMS/UERJ; os Departamentos de Medicina Preventiva (DMPs) da USP, da Santa Casa, da Paulista de Medicina, de Ribeirão Preto, de Botucatu e da Universidade Federal da Paraíba; a Faculdade de Medicina da UFMG; o mestrado em Saúde Comunitária da UFBA.

⁸ Fleury destaca que: “Como um laboratório da democratização na saúde, ali foram conceitualizados, montados e testados alguns dos principais instrumentos daquilo que posteriormente veio a ser conhecido como Reforma Sanitária, tais como, a produção de um saber sobre a causação social da saúde/doença, a difusão de uma nova consciência sanitária e a estratégia de ocupação e/ou criação de espaços políticos-institucionais” (Apud PAIM, 2008, p. 72-73).

especialização e diversificação na saúde. Murtinho também ressalta que Saúde Coletiva é uma invenção brasileira que expressa

Uma forma de abordar as relações entre conhecimentos, práticas e direitos referentes à qualidade de vida. Em lugar das tradicionais dicotomias – saúde pública/assistência médica, medicina curativa/medicina preventiva, e mesmo indivíduo/sociedade – busca-se uma nova compreensão na qual a perspectiva interdisciplinar e o debate político em torno de temas como universalidade, equidade, democracia, cidadania e, mais recentemente, subjetividade, emergem como questões principais (LIMA E SANTANA apud MURTINHO, 2012, p. 190).

Sob este prisma, Araújo (2013, p. 12) afirma que a Saúde Coletiva ao entender a centralidade do sujeito, levando em conta seus contextos e sua história, permite um diálogo mais próximo com a comunicação. Sendo assim, a autora acredita que ao falar de comunicação, na sua relação com a saúde, automaticamente se fala em Saúde Coletiva.

Paim (2008) ressalta que a Abrasco, envolvida desde o princípio na RSB, elaborou um documento para embasar as discussões da 8ª CNS. Nele, a entidade ressaltava que a saúde deveria ser vista como um conjunto de condições de vida para além do setor dito da saúde. Além disso, questionava o desligamento da concepção social de saúde, sendo substituída pela dimensão econômica, e defendia a participação popular e o controle social sobre a política de saúde e o aparelho estatal. Considerando a profunda crise econômica mundial e a possibilidade de aumento da crise fiscal do Estado, a Abrasco identificava uma ameaça à derrocada das políticas estatais que fazem parte do Estado de bem-estar social e o ressurgimento de teorias políticas de cunho neoliberal⁹.

[...] A ampliação das companhias e seguradoras privadas, tanto multinacionais como subsidiárias do capital financeiro de grandes bancos, configura a emergência de um poderoso aliado de projetos contrários à reorientação mais radical da política de saúde do Estado, no sentido da universalização, equidade e democratização (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA... apud PAIM, 2008, p.100).

Com a democracia restabelecida no país, tem início a Nova República e a vitória da “Aliança Democrática” no pleito indireto aproximou uma parcela do movimento sanitário do governo, indicando, inclusive, alguns de seus quadros para postos importantes. Desta forma, dentre as propostas que compunham o documento *Contribuição ao Governo do Presidente Tancredo Neves*, formulado no campo da saúde, destaca-se a realização de uma Conferência Nacional de Saúde como parte de um processo de discussão para subsidiar a Assembleia Nacional Constituinte (FLEURY, 1997, p. 69).

Diante deste cenário favorável ao aprofundamento dos debates sobre a saúde, o governo convoca a 8ª Conferência Nacional de Saúde, considerada o grande marco do

⁹ Discutiremos mais detalhadamente no capítulo seguinte o processo de formação dos Estados problematizando o Estado de bem-estar social e os obstáculos enfrentados pelos países que o implementaram frente à emergência das políticas neoliberais.

movimento de Reforma Sanitária. Realizada em Brasília, entre 16 e 21 de março de 1986, e presidida pelo intelectual e militante da saúde pública brasileira, Sérgio Arouca, a 8ª CNS foi a primeira conferência com ampla participação da sociedade civil representada pelo protagonismo dos profissionais de saúde, trabalhadores e setores populares. Esta CNS tinha três eixos estruturantes: saúde como direito inerente à cidadania, reformulação do sistema nacional de saúde e financiamento do setor saúde (PAIM, 2008, p. 99).

A conferência teve ampla divulgação na sociedade civil, estratégia que incluiu inserções na novela Roque Santeiro, exibida na época pela Rede Globo. O autor da novela, Dias Gomes, sensibilizado pela assessoria de comunicação da Fiocruz, incluiu cenas onde o ator Claudio Cavalcanti, no papel de um padre, falava sobre a importância do evento e convidava os municípios e estados a realizarem suas próprias pré-conferências. Além disso, o cenário era composto por um cartaz da 8ª Conferência Nacional de Saúde fixado atrás do ator (PALMA E TAVARES, 1996, p. 54).

As propostas que constavam no relatório final da 8ª CNS – que contou com a participação de mais de quatro mil pessoas – foram discutidas na Assembleia Nacional Constituinte e no Art.196, da Seção II da Saúde, da Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, no qual ficou estabelecido que “a saúde é direito de todos e dever do Estado”¹⁰, fazendo referência à garantia do “acesso universal e igualitário às ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação”¹¹. A partir deste momento, o direito à saúde no Brasil, passa a não se limitar à assistência médico curativa, se estendendo à prevenção de doenças, ao controle de riscos e à promoção da saúde (BRASIL, 1988; PAIM, 2009, p. 40-46).

Segundo Escorel e Bloch (2005, p. 97), a 8ª CNS simbolizou o início do processo de participação da sociedade civil na formulação de políticas públicas no âmbito do Estado brasileiro, processo esse que seria aprimorado, ampliado e regulamentado nas conferências posteriores. Afinal, foi a partir das deliberações desta conferência que a saúde passou a ser definida quase como um direito-síntese, como o direito ao emprego, moradia, transporte, lazer e educação, como o direito de expressar opiniões, de participar da vida política e da definição das políticas públicas (CARDOSO, 2001, p. 64).

¹⁰ Esta frase que inicia o Art. 196 da Constituição apareceu num primeiro momento no título de um encarte da Abrasco com propostas para a 8ª CNS: Pela Reforma Sanitária. Saúde: direito de todos e dever do Estado (PAIM, 2008, p. 101).

¹¹ Antes de fazer alusão aos serviços e ações de saúde, a Constituição aponta as políticas econômicas (produção e distribuição de riqueza, renda, salário, acesso à terra, por exemplo) e as políticas sociais (educação, esporte, cultura, lazer, segurança pública, previdência e assistência social) como capazes de influenciar a saúde dos indivíduos e das comunidades e reduzir os riscos às doenças e a agravos (PAIM, 2009, p. 44).

De acordo com Murtinho (2012, p. 195-196), além da consolidação do conceito ampliado de saúde e do direito à saúde baseado nos direitos humanos¹², é importante destacar ainda outro aspecto da 8ª CNS que seria determinante para os rumos da saúde no Brasil. O autor enfatiza que a conferência debateu a importância de democratizar o Estado ao afirmar a necessidade de se estabelecer um sistema com caráter “público”, como uma contraposição à tradição “estatal autoritária” revelada, sobretudo, nos períodos ditatoriais e na recorrente prática “estatal privatista”, com o uso estritamente privado de recursos comuns. Entretanto, apesar de o relatório da 8ª CNS ter tido grande representatividade e reconhecimento, a aprovação de seus principais pontos na Assembleia Nacional Constituinte, enfrentou o *lobby* do setor privado vinculado a blocos parlamentares conservadores.

Ademais, Paim (2008, p. 183-186) realça que os cenários político, econômico e ideológico internacional nos anos seguintes indicava que o caminho para a legitimação das políticas públicas de saúde no Brasil não seria fácil, tendo em vista a onda neoliberal que se expandia ao redor do mundo. Segundo ele, a queda do Muro de Berlim, em 1989, alterou o conflito ideológico entre liberalismo e socialismo e simbolizava a supremacia do pensamento neoliberal, de defesa do mercado e de suas políticas. Rodrigues Neto (1997, p. 89) afirma que naquele momento os brasileiros elegiam, no primeiro pleito direto, o jovem Fernando Collor de Melo para a presidência da República e um parlamento mais à direita, com interesses claros em reverter políticas sociais aprovadas na Constituição, em particular o SUS.

Mesmo com os obstáculos enfrentados para a implementação do SUS, a Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8080/90) foi sancionada em setembro de 1990. Esta lei estabeleceu a criação do SUS, integrado por um conjunto de ações e serviços públicos, organizados em rede, de forma regionalizada e hierarquizada e regulamentou como princípios: a universalidade, direito e acessos aos serviços de saúde para todos, em qualquer nível de assistência; a integralidade, assistência articulada e contínua das ações em serviços, em todos os casos e níveis de complexidade; e a equidade, que se refere ao princípio da igualdade da assistência da saúde, sem preconceitos ou privilégios. No entanto, o então presidente vetou totalmente nove e parcialmente cinco artigos desta lei, e após novas mobilizações para recuperar os conteúdos excluídos pelos vetos, a Lei nº 8080 foi complementada pela Lei nº 8142/90 que dispõe sobre a participação comunitária no SUS. Dessa forma, a nova lei assegurou a existência de instâncias colegiadas como conselhos e conferências de saúde nos três níveis de governo, além de orientar as transferências intergovernamentais de recursos da área da saúde (PAIM, 2008, p. 186; PAIM, 2009).

¹² Conforme os princípios definidos pela Conferência de Alma-Ata e com os ideais do movimento da RBS.

Neste âmbito, ficou estabelecido na nova legislação que a promoção da saúde significaria fomentar, cultivar e estimular a qualidade de vida das pessoas e das comunidades, por intermédio de medidas gerais e inespecíficas a saúde, supõe-se, portanto, atuar sobre determinantes socioambientais – cultivando o bem-estar – tais como diversão, esporte, cultura e lazer. A preocupação com a redução e eliminação de riscos é caracterizada pela proteção da saúde, ou seja, realizar ações específicas, como vacinação, combate a insetos transmissores de doenças, uso de cinto de segurança em veículos, controle da qualidade da água, de alimentos e medicamentos. A ideia de recuperação na saúde pública remete ao diagnóstico precoce, tratamento e limitação da doença ou agravo, evitando complicações e sequelas, bem como à assistência médica ambulatorial, hospitalar e domiciliar e à atenção a saúde na comunidade (PAIM, 2009, p. 45-46).

Contudo, devido aos *lobbies* e à ação do chamado “Centrão” – bloco formado por parlamentares e partidos conservadores – a Constituição estabeleceu a assistência como livre à iniciativa privada, cabendo ao poder público “dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua exceção ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado” (BRASIL, 1988). Neste sentido, as ações e serviços que compõem o SUS seriam complementados por serviços privados mediante contratos que, nesses casos, deveriam funcionar como se fossem públicos. Paim (2009, p. 47-48), destaca que essa ambiguidade teve sérias consequências mais tarde, apesar de representar o que os deputados que defendiam o SUS conseguiram conquistar naquele momento.

Desta maneira, o SUS é integrado por um conjunto de ações de saúde, prestadas por estabelecimentos públicos e privados contratados, organizados em rede de forma regionalizada e hierarquizada. A ideia de rede em saúde diz respeito à integração dos serviços de maneira que não funcionem de forma autarquizada, sem comunicação entre si. Evita a fragmentação das ações de saúde ao possibilitar a distribuição dos centros de saúde, ambulatórios, laboratórios e hospitais, por exemplo, em um território. A intenção é que os serviços básicos estejam mais descentralizados e os serviços especializados mais concentrados e centralizados (PAIM, 2009, p. 47).

O SUS possui, ainda segundo a Constituição, diretrizes ou princípios organizativos os quais visam garantir a direção única em cada esfera de governo, com prioridade para atividades preventivas sob o controle da sociedade e a participação da comunidade. A diretriz de descentralização política e administrativa dos serviços de saúde se refere à divisão de responsabilidades pelas ações de saúde aos governos federal, estaduais e

municipais, bem como a um processo real de desconcentração do poder de decisão, com diferentes forças sociais participando da priorização, formulação, gestão e avaliação de políticas, serviços e ações de saúde (CARDOSO, 2001, p. 64). Priorizar as atividades preventivas sem prejudicar os serviços assistenciais, que cuidam das pessoas doentes, faz parte da diretriz de integralidade ou hierarquização. O sistema de saúde, portanto, deve prestar assistência efetiva e de qualidade, de forma que quando não for possível eliminar as doenças, violências e acidentes, por exemplo, seja inadiável assegurar o cuidado e o tratamento necessário às pessoas (PAIM, 2009, p. 49-50).

O princípio ou diretriz de participação social, conforme citado anteriormente, está em consonância com as recomendações da OMS, especialmente a partir da Conferência de Alma Ata, para o desenvolvimento dos sistemas de saúde. Na ocasião em que foi estabelecida, a participação social representava a perspectiva do exercício da democracia no cotidiano dos serviços de saúde. Além disso, essa diretriz busca assegurar o controle social sobre SUS, de forma que a comunidade possa participar e intervir na identificação e encaminhamento para resolução de problemas, fiscalizar e avaliar as ações e os serviços públicos de saúde. Para isso, foram criados os conselhos de saúde, instâncias colegiadas de caráter permanente e deliberativo que contam com a participação de representantes dos gestores, usuários e trabalhadores da saúde, dispostos da seguinte forma: 50% de representantes dos usuários e outros 50% divididos entre gestores, profissionais e setor privado. Tanto os conselhos quanto as conferências de saúde, cujo objetivo é avaliar e propor diretrizes para a política de saúde, são instâncias previstas na legislação como espaços permanentes de participação da sociedade sendo realizadas nas três esferas de governo (ARAÚJO E CARDOSO, 2007, p. 82-83; CORREIA, 2009; PAIM, 2009, p. 50-51).

Assim como a diretriz de participação social, outro avanço democrático garantido pela legislação foi o direito das pessoas à informação sobre sua saúde. Portanto, a criação do SUS é também importante marco para a solidificação do campo da Comunicação e Saúde no Brasil. No entanto, como pondera Janine Cardoso, as redes de atendimento do SUS não são suficientemente reconhecidas pelos meios de comunicação e, conseqüentemente, pela sociedade. Segundo ela, a mídia mostra-se desatenta e até mesmo despreparada para tratar das questões relativas à saúde. A pesquisadora atribui estes problemas à formação dos profissionais de ambas as áreas, tendo em vista que na saúde, nas escolas e nas faculdades os profissionais são preparados para orientar e normatizar, em detrimento do diálogo. Segundo ela, falta saúde na formação de jornalistas e comunicadores e comunicação na formação dos profissionais que trabalham com a saúde (REDE CÂNCER, 2007, p. 17).

Nesta perspectiva, Oliveira (2000, p. 72) destaca que apesar de a mídia ser a principal responsável pela incorporação do termo SUS pela população, o que predomina é uma percepção coletiva da população sobre a saúde pública/SUS relacionada a problemas de acesso, assistência, atendimento e qualidade. Outro ponto que o autor enfatiza, diz respeito à apreensão popular sobre qual é seu real papel como agente de mudança no sistema brasileiro de saúde, principalmente no campo político, afinal, os processos comunicacionais desenvolvidos têm importante relação com as formas de apreensão política do significado do SUS.

Deste ponto de vista, ao sistema são comumente associadas mazelas e dificuldades do setor quase sempre a partir do que indica uma ineficiência do Estado, bem como a incompetência das autoridades ou dos profissionais da área. Para o autor, essa formação de um consenso negativo sobre o sistema leva à construção de uma ordem simbólica pouco reflexiva sobre a política de saúde representada pelo SUS. Ainda sobre o papel dos meios de comunicação no imaginário social, Murtinho (2012, p. 201) corrobora afirmando que quando se trata do sistema público de saúde as pautas não são aprofundadas com a complexidade que o tema exige, ao contrário, insistem em privilegiar os aspectos que remetem a uma crise do SUS.

O financiamento também é protagonista nos debates sobre a saúde pública, havendo quase um consenso a respeito de que o subfinanciamento configura-se como o problema mais grave do setor. Entretanto, a preocupação de como o sistema de saúde seria custeado nem sempre foi tão evidente. Como ressalta Paim (2008, p. 109), enquanto discutia-se amplamente no processo constituinte a reforma dos princípios, diretrizes e responsabilidades, assim como a estruturação do novo modelo de assistência, o financiamento não contou com análises mais exaustivas, tampouco foi contemplada com proposições fundamentadas e bem estruturadas.

Ao longo dos anos, as questões relativas à administração e ao financiamento da saúde encontraram-se em constantes divergências sobre o papel do Estado, seja na aplicação de recursos ou na prestação de serviços. No aspecto gestão, isso se deve ao fato de existirem inúmeras normas operacionais, condensadas pelos três níveis de governo e materializadas em Portarias Ministeriais, as quais caracterizaram um movimento de incrementalismo lento, não sendo suficientes para a solução dos problemas do SUS.

O fato é que o problema central do SUS não reside nas suas normativas, mas na falta de resolução de seu dilema macroeconômico que é o descompasso entre o SUS que queremos – o SUS constitucional – um sistema universal para todos, e o SUS que temos – o SUS real –, um sistema segmentado para os setores pobres da sociedade (MENDES, 2004, p. 5).

O autor explica essa segmentação ao apresentar o que considera como sendo os três grandes sistemas que convivem hoje no Brasil: o SUS, sistema público utilizado pelos brasileiros que não têm acesso aos planos privados; o Sistema de Atenção Médica Suplementar, que atende àqueles que pagam, por si ou por meio de empregadores, diferentes operadoras articuladas em modalidades assistenciais diversas; e o sistema de desembolso direto, ao qual recorrem os brasileiros pobres e ricos, para a compra direta de serviços. Comumente, a existência de sistemas específicos a quem pode pagar justifica-se no argumento de que assim sobrariam mais recursos públicos para dar atenção aos pobres. No entanto, evidências empíricas mostram que esse pressuposto é falso, pois quando se segmenta a saúde ocorre exatamente o inverso, afinal, dado um certo nível de desorganização social desses grupos sociais [pobres] e sua baixa capacidade de vocalização política, esse sistema tende a ser imanentemente subfinanciado e a ofertar serviços de menor qualidade ao usuário (MENDES, 2004, p. 6).

Neste sentido, Gomes (2014) complementa ao dizer que isso se torna perceptível quando observado que justamente a falta de um montante estável constituiu-se em um dos maiores problemas da saúde. Para o autor, a sucessiva desarticulação em defesa do SUS e falta de prioridade na sua implantação foram de tal intensidade que os avanços acabaram sendo perdidos e reduziram-se os patamares das demandas por financiamento. Sob este prisma, ele traça um panorama analítico sobre sucessivas alternativas de regulamentação do financiamento criadas – e extintas – no decorrer dos últimos anos. Em 1996, por exemplo, foi aprovada a Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira (CPMF) com objetivo de reter mais recursos para a saúde, porém, as normas referentes à CPMF sofreram várias alterações por meio de leis e medidas provisórias, sem que na prática resultasse na solução do subfinanciamento da saúde, o que culminou na sua extinção em 2007.

O autor afirma que foi somente após 12 anos de criação do sistema público, em setembro de 2000, que se estabeleceram previsões mais estáveis para o financiamento da saúde, determinando o investimento da União, estados e municípios, por meio da Emenda Constitucional 29. No entanto, sua regulamentação só foi aprovada no final de 2011, após mais de dez anos de disputas, resultando na Lei Complementar 141, de 2012. A EC-29 definiu as responsabilidades mínimas que cada instância do governo deveria destinar à saúde: o governo federal deveria garantir no ano 2000, 5% a mais do que o montante empenhado em ações e serviços públicos de saúde em 1999, enquanto no período de 2001 a 2004, alocaria o valor apurado no ano anterior corrigido pela variação nominal do Produto Interno Bruto (PIB); os estados e o Distrito Federal deveriam assegurar 7% do produto da arrecadação dos

impostos em 2000 até atingir 12% em 2004; nesse mesmo período os municípios passariam a destinar de 7% a 15% da arrecadação para a saúde. Desde então, o esforço mais explícito de financiamento tem sido a nível municipal, dos estados em menor grau, já que muitos não cumprem os limites mínimos, enquanto o governo federal tem reduzido relativamente sua participação no financiamento da saúde e apresentado resistências à ampliação necessária dos recursos em todos os governos do período pós-Constituinte¹³ (GOMES, 2014; PAIM, 2008, p. 225).

Outro desafio para a estruturação do sistema único reside na concepção hierárquica de atenção, que, para Mendes (2004) é “teoricamente equivocada”, e a sua adoção traz consequências graves para a prática social. Para ele, o nível mais complexo é justamente a atenção primária à saúde, sendo apenas menos denso tecnologicamente, pois considera de extrema complexidade a atribuição de resolver 90% dos problemas mais comuns, coordenar fluxos e contrafluxos no contínuo de pontos de atenção à saúde e responsabilizar-se pela saúde dos usuários.

O autor afirma ainda que a atenção primária exige que os profissionais de saúde, além de exercerem bem suas funções, tenham habilidades em campos como a biologia, a medicina, a psicologia, a antropologia etc. Isso reforça a ideia de que a atenção primária é voltada para pobres tendo em vista que oferecem tecnologias simples e de baixo custo, assim como incentiva uma representação de que se trata de algo muito simples, seja do ponto de vista material ou simbólico, resultando na banalização da atenção primária à saúde e, conseqüentemente, na sua baixa qualidade no SUS.

Diante deste cenário, Mendes (2004) afirma ser possível visualizar uma concorrência constante entre os ideais da medicina preventiva, representada pelas ações da atenção primária, e a medicina curativa que privilegia o tratamento de doenças e agravos, compreendida não somente pela atenção secundária e terciária (consideradas de média e alta complexidade), mas também pelos serviços prestados pelo setor privado e pela medicina liberal (MENDES, 2004, p. 7).

Neste sentido, o autor aponta ainda outros aspectos que comprometem a qualidade do SUS. Um deles diz respeito exatamente a esse processo que privilegia a medicina curativa, sobretudo de diagnósticos e tratamentos de alta tecnologia. Fatores como a inadequação da rede, que não comporta o atendimento universal, e a desatualização da Tabela SUS, que

¹³ O processo de financiamento da saúde passou pela tramitação de várias propostas de leis, de impostos e de formas de arrecadação. Recomenda-se o trabalho de Gomes (2014) para o entendimento mais completo dos impasses e avanços sobre a regulamentação dos recursos destinados à saúde pública.

remunera os prestadores de serviço abaixo dos custos e da tendência internacional¹⁴, favorecem esse processo de crescimento da medicina privada e liberal, em que são priorizadas as tecnologias mais densas. O SUS sofre com uma constante pressão das empresas multinacionais produtoras de bens de saúde e com os *lobbies* médicos, mais organizados nas especialidades que utilizam as tecnologias de maior densidade. O outro corresponde à fragilidade regulatória do sistema, diante da falta de um alinhamento conceitual e também da ausência de um marco regulatório próprio, tendo em vista que muito do que se faz hoje é herdado da cultura de regulação do Inamps, extinto há mais de vinte anos (MENDES, 2004, p. 12-14).

O grande desafio que se instala, portanto, é como evoluir de um sistema real, segmentado, para de fato um sistema universal público – consagrado na Constituição – capaz de oferecer serviços de qualidade a todos os brasileiros, independente de gênero, renda, idade ou risco. Mendes (2004, p. 16) destaca que embora possa parecer o contrário, essa mudança não é impossível. Segundo ele, a estratégia deve centrar-se na melhoria da qualidade de serviços, ações e programas que não são oferecidos pelo setor privado, como por exemplo, os programas de AIDS/DSTs.

Perante este complexo cenário que se desenha ao longo dos anos em torno da saúde brasileira, os meios de comunicação configuram-se como um potencial e grande aliado das políticas públicas, afinal, cada vez mais a participação social torna-se o principal instrumento de transformação. As pesquisas mais recentes de satisfação do SUS indicam que o sistema, mesmo enfrentando uma série de dificuldades, consegue resultados positivos que reafirmam a possibilidade, a necessidade e a importância de melhorias contínuas.

O estudo divulgado pelo Instituto de Pesquisas Econômicas Aplicadas (Ipea, 2011)¹⁵ em 2011 mostra que o SUS obteve aprovação como muito bom/bom por 30,4% dos entrevistados que declararam utilizar os serviços, obtendo conceito regular por mais de 42%, e os outros 27,6% o classificaram como ruim ou muito ruim – melhor avaliação do que entre aqueles que acreditam não usar o sistema, parcela compreendida por 34% dos entrevistados. Cinco serviços prestados pelo SUS foram o foco da pesquisa, sendo que em três deles o resultado de muito bom/bom foi expresso por mais da metade dos entrevistados, ou próximo a isso: 1) atendimento em centro e postos de saúde (44,9%); 2) atendimento pelo programa

¹⁴ Apesar das dificuldades enfrentadas pelo SUS, ele é o único sistema de saúde universal em um país com mais de 100 milhões de habitantes, o que configura um desafio ainda maior para ofertar serviços a todo esse contingente populacional.

¹⁵ Os dados foram coletados entre 3 a 19 de novembro de 2010, com a aplicação em 2.773 pessoas, em todas as unidades da federação. A pesquisa integra o Sistema de Indicadores de Percepção Social (SIPS), lançado pelo Ipea em fevereiro de 2011.

Saúde da Família (80,7%); 3) distribuição gratuita de medicamentos (69,6%); 4) atendimento por médicos especialistas (60,6%); e 5) atendimentos de urgência e emergência (48,1%).

No entanto, outros dados trazidos por pesquisa do Instituto Brasileiro de Opinião Pública e Estatística (CNI-Ibope, 2012)¹⁶ divulgada no ano seguinte, mostram que mais da metade dos brasileiros se dizem insatisfeitos com os serviços prestados pelo SUS, tendo-o como único ou principal fornecedor de serviços de saúde. Esta pesquisa, realizada a pedido da Confederação Nacional da Indústria (CNI) e divulgada em janeiro de 2012, mostra que 61% dos brasileiros consideram o serviço público de saúde como péssimo ou ruim, 28% como regular e 10% o classificam como bom ou ótimo. O programa de Campanhas de Vacinação é o melhor avaliado pela população com nota média 8,8 em uma escala de 0 a 10, seguido por: Combate à dengue (7,9); Farmácia Popular (7,4); Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), que obteve nota 7,2; Programa Estratégia Saúde da Família (antigo Programa Saúde da Família), com nota 7,0; e por fim as Unidades de Pronto Atendimento (UPAs 24h), cuja nota foi 6,6. Ainda de acordo com essa pesquisa, 68% dos entrevistados têm a rede pública como único ou principal fornecedor de serviços de saúde e 24% possuem plano de saúde ou convênio.

O caso mais recente em que é possível perceber os embates discursivos entre o SUS e a mídia trata-se da última pesquisa divulgada em agosto de 2014 pelo instituto Datafolha¹⁷. Nela, 74% dos usuários avaliaram o SUS como satisfatório, com nota superior a 5 – sendo que um terço dos entrevistados deram nota entre 8 e 10, e 91,3% das pessoas que buscaram atendimento em postos de saúde receberam atendimento. No entanto, verificou-se um gesto de interpretação de alguns veículos da imprensa sobre esses mesmos resultados da pesquisa: “Pesquisa diz que 93% estão insatisfeitos com SUS e saúde privada” (Bem Estar, *GI*, 19/08/2014); “61% dos brasileiros dão nota menor que 5 à saúde, aponta pesquisa (...)”. Para 19% dos entrevistados o SUS merece nota zero. Outros 18% deram nota 5” (*Folha de S. Paulo*, 19/08/2014).

Após polêmica gerada com a divulgação dos dados, o Ministério da Saúde em conjunto com o Conselho Nacional de Secretários da Saúde (Conass) e o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems), publicou um vídeo com esclarecimentos

¹⁶ Para a pesquisa “Retratos da Sociedade Brasileira: Saúde Pública” foram entrevistadas 2.002 pessoas em 141 municípios, maiores de 16 anos, entre os dias 16 e 20 de setembro de 2011.

¹⁷ A pesquisa intitulada “A opinião dos brasileiros sobre o atendimento na área de saúde”, encomendada pelo Conselho Federal de Medicina ao instituto Datafolha, ouviu 2.418 pessoas maiores de 16 anos, das classes A, B, C, D e E, entre os dias 3 e 10 de junho de 2014.

obre o que chamaram de “interpretação tendenciosa e parcial dos dados” divulgados pelo Datafolha e forneceram o que seria a “interpretação correta”¹⁸.

Murtinho (2012, p. 203-204) destaca uma reportagem da revista *Radis*¹⁹ de 2011, que apresentou uma síntese bastante pertinente das contradições figuradas entre a imagem e avaliação do SUS pela população e a exibida pela mídia. O texto afirmava que se uma pessoa foi à farmácia adquirir um medicamento, se ela se vacinou, se fez uma compra no supermercado ou foi à padaria, por exemplo, se precisou de um procedimento médico de alta complexidade para ela ou algum familiar, não há dúvidas, ela usou o SUS.

Apesar dos dados das pesquisas demonstrarem que a imagem do SUS entre seus usuários em boa medida se difere da exibida majoritariamente pela mídia, a política pública de saúde representada pelo SUS “ainda não conseguiu criar para si uma melhor imagem na esfera pública e tampouco desmontar uma construção discursiva sectariamente corrosiva e conduzida por grupos contrários a ele” (OLIVEIRA, 2000, p. 79).

Em uma análise recente do cenário da saúde brasileira, Magno e Paim (2015) argumentam que o SUS foi implementado numa conjuntura em que a disputa ideológica favoreceu o projeto neoliberal. Percebe-se hoje que o fortalecimento do setor privado se caracteriza como a principal consequência deste processo, o qual se reflete no crescimento dos planos e seguros de saúde, na incorporação de tecnologias de alto custo e na financeirização do setor.

Neste âmbito, Murtinho (2012, p. 201-202) afirma que a mídia se configura como principal agente discursivo do neoliberalismo, uma vez que os meios de comunicação ao direcionarem cotidianamente suas pautas de saúde para uma abordagem que privilegia as dificuldades e problemas da saúde pública, distanciam-se do seu papel principal de informar, produzir conhecimento e ampliar o debate. Ao contrário, na medida em que desqualificam os serviços públicos e papel do Estado transformam o SUS em alvo principal das estratégias neoliberais, favorecendo a construção simbólica de alternativas baseadas nos valores de mercado. É o que aponta Oliveira (2000), ao afirmar que entre as diferentes mensagens produzidas pelos meios de comunicação é possível notar a preponderante valorização do que é privado sobre os serviços públicos:

(...) o que é público passa a ser visto negativamente em contraposição ao que é privado respondendo, assim, a determinados pressupostos de entendimento e de ação sobre a organização social defendidos por alguns grupos de interesse, como o complexo industrial farmacêutico e hospitalar, as empresas e os planos de saúde. Neste contexto, a primazia do privado se sobrepõe claramente ao que é considerado

¹⁸ Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=_KHNIoNEyA>. Acesso em: 07 jan. 2016.

¹⁹ “O SUS que não se vê”, reportagem de Adriano De Lavor, Bruno Dominguez e Katia Machado. *Radis* n. 104, abril de 2011.

público, tanto na perspectiva de uma visão patrimonialista quanto ultraliberal sobre o papel do Estado em relação à sociedade (OLIVEIRA, 2000, p. 76).

Nesta perspectiva de desconstrução do SUS e transformação da saúde em mercadoria, Murtinho (2012, p. 203) destaca as estratégias que envolvem a valorização dos serviços prestados e o financiamento público indireto dos planos de saúde, por meio de renúncia fiscal no imposto de renda (para pessoas física e jurídica) e, ainda, a desqualificação do Estado nas atividades de administração dos serviços – função que vem sendo transferida em escala crescente para as Organizações Sociais. Este processo também se fortalece pela brecha na Constituição que prevê a contratação de serviços privados pelo SUS, o que ocasionou a terceirização de vários serviços do SUS pagos às clínicas e hospitais privados, em detrimento do investimento direto no sistema público.

O autor defende, diante deste cenário, o direito à comunicação como princípio para a democratização da sociedade e dos sistemas de saúde. Afinal, a concepção de que os meios de comunicação possibilitam o acesso à informação e à participação social nas políticas públicas ganham materialidade nas diferentes proposições apresentadas nas Conferências Nacionais de Saúde, incorporadas ou não pelo SUS e por suas instituições.

Desta maneira, as Conferências Nacionais de Saúde apresentam-se como importantes instâncias de comunicação e participação da sociedade civil no exercício do direito à saúde garantido pela Constituição federal e, portanto, objeto pertinente de estudos no que tange as relações de poder que perpassam o Estado, o mercado privado e a população mediadas pelos discursos dos meios de comunicação.

2.3 AS CONFERÊNCIAS NACIONAIS DE SAÚDE APÓS A CRIAÇÃO DO SUS

Como vimos até aqui, a participação popular teve um papel determinante nas lutas por um sistema unificado e público de saúde no Brasil. Os ativistas da RSB, com o propósito de universalizar a saúde brasileira, propuseram e conseguiram que uma política pública nascida na sociedade civil, em plena ditadura militar, fosse institucionalizada pela legislação brasileira, sendo transformada em política de Estado (PAIM, 2008).

A 8ª CNS tornou-se amplamente conhecida e citada em virtude do protagonismo nas discussões para a criação SUS e da apresentação de uma concepção diferenciada de saúde e assistência, além de ter contado com ostensiva divulgação – o que não aconteceu com nenhuma das outras conferências. Além disso, a 8ª CNS é considerada um marco na história da saúde no Brasil por ter incorporado a participação social na sociedade civil organizada, por

alterar a composição dos delegados e por ter caracterizado as conferências como um espaço destinado a dar respostas ao Executivo federal, responsável por convocá-las, mas buscando a autonomia necessária para constituir-se como uma instância independente (ESCOREL E BLOCH, 2005, p. 83).

No Brasil, desde o início do século XX, quando se assevera o processo de industrialização no país, a saúde passou a ser vista como questão social que exigia o envolvimento da sociedade e do poder público (PAIM, 2009, p. 27). A Lei nº 378, de 13 de janeiro de 1937, estabeleceu uma nova organização do Ministério da Educação e da Saúde e, dentre outros aspectos, determinou em seu artigo 90 a realização das Conferências Nacionais de Saúde, com o objetivo de orientar o governo na condução dos serviços de saúde e na concessão de auxílios (BRASIL, 1937).

Desde então, como apontam Escorel e Bloch (2005, p. 83), as conferências sofreram profundas transformações e de diferentes formas cada uma delas interferiu nas políticas de saúde e na idealização, criação e manutenção do sistema único. No entanto, antes da 8ª CNS, as Conferências não aconteciam com periodicidade pré-estipulada, de forma que até o restabelecimento da democracia, em 1986, haviam sido realizadas sete Conferências, com as seguintes temáticas: 1ª CNS (1941) – Situação sanitária e assistencial dos estados; 2ª CNS (1950) – Legislação referente à higiene e à segurança do trabalho; 3ª CNS (1963) – Descentralização na área de saúde; 4ª CNS (1967) – Recursos humanos para as atividades em saúde; 5ª CNS (1975) – I. Implementação do Sistema Nacional de Saúde; II. Programa de Saúde Materno-Infantil; III. Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica; IV. Programa de Controle das Grandes Endemias; e V. Programa de Extensão das Ações de Saúde às Populações Rurais; 6ª CNS (1977) – I. Situação atual do controle das grandes endemias; II. Operacionalização dos novos diplomas legais básicos aprovados pelo governo federal em matéria de saúde; III. Interiorização dos serviços de saúde; e IV. Política Nacional de Saúde; 7ª CNS (1980) – Extensão das ações de saúde por meio dos serviços básicos (BRASIL, 2009).

Escorel e Bloch (2005, p. 83) propõem também outra classificação das conferências a partir de uma periodização baseada nos cenários de movimentações no âmbito da saúde ao longo dos anos: 1ª a 2ª CNS – Sanitarismo clássico (1941-1962); 3ª e 4ª CNS – Transição (1963-1974); 5ª a 7ª CNS – Modernização conservadora e o planejamento estatal; 8ª e 9ª CNS – Reforma Sanitária (1986-1992); 10ª a 12ª CNS – Consolidação do SUS (1996-2003).

As autoras destacam ainda que quando as conferências foram instituídas e institucionalizadas tinham como propósito promover o intercâmbio de informações, de

maneira que o governo federal tivesse os instrumentos necessários para controlar as ações realizadas nos estados. O intuito principal era regular o fluxo dos recursos financeiros sem mencionar qualquer aspecto acerca de processos deliberativos. Somente a partir de 28 de dezembro de 1990, quando foi criada a Lei nº 8.142, que os conselhos e as conferências de saúde foram instituídos em cada esfera de governo como instâncias colegiadas do SUS, sem prejuízos do Poder Legislativo. Esta lei dispõe, entre outros aspectos, sobre a participação da comunidade na administração do SUS e sobre as transferências intergovernamentais para o custeio das ações na área da saúde. Estabelece também que as conferências devam ser realizadas a cada quatro anos²⁰, convocadas pelo Poder Executivo e extraordinariamente pelo Conselho de Saúde, com o objetivo de avaliar a situação da saúde e propor diretrizes para a formulação de políticas para este setor nos níveis correspondentes (SCOREL E BLOCH, 2005, p. 84).

Para Fleury (1997, p. 36), a partir do momento em que o direito à saúde foi institucionalizado, criou-se formas de co-gestão social, com a presença da sociedade organizada num poder Executivo que se transformava. Scorel e Bloch (2005) argumentam ainda que a definição da composição dos participantes das CNSs como representantes dos vários segmentos sociais pode ser considerada vaga em comparação com a dos conselhos de saúde, compostos por representantes do governo, prestadores de serviços, profissionais de saúde e usuários. Ademais, esta lei estabeleceu que os usuários passassem a ter o mesmo espaço de representação que os demais segmentos da sociedade. Sendo assim, os conselhos de saúde ganham como responsabilidades dispor sobre sua regulamentação, organizar as conferências municipais e estaduais bem como discutir, elaborar e aprovar proposta de operacionalização das diretrizes aprovadas nas conferências de saúde (SCOREL E BLOCH, 2005, p. 85-86).

Como explica Murtinho (2012, p. 207), atualmente, o Conselho Nacional de Saúde é formado por 48 conselheiros titulares e seus respectivos suplentes (primeiro e segundos), os quais representam grupos e movimentos sociais de usuários do SUS e entidades de prestadores de serviço, empresariais da área e governo federal e de profissionais de saúde – incluindo a participação da comunidade científica. O autor, ao mencionar a pesquisa realizada por Labra (2005) – a qual abordou os problemas enfrentados pelos conselhos apontados nas resoluções da 11ª CNS e 12ª CNS –, destaca um dos sete pontos apresentados pelo estudo, o que se refere às dificuldades de publicização dos conselhos, bem como de suas funções e

²⁰ Nas instâncias subnacionais, a periodização para a realização das conferências pode ser definida em leis próprias, respeitando o intervalo máximo de quatro anos previsto na lei nacional (BRASIL, 2009, p. 32).

ações, tornando-os invisíveis para a população. Este tema aparece de forma recorrente nas resoluções das conferências posteriores, demonstrando a importância da comunicação para o exercício do controle social no SUS²¹.

Quanto às conferências, elas são espaços representativos em que a sociedade se articula para assegurar as necessidades e os interesses da população no âmbito da saúde, assim como garantir o debate em torno das melhorias do SUS, visando ampliar e fortalecer o sistema e as informações que circulam sobre a saúde no Brasil. Portanto, configuram-se como zonas marcadas pela correlação de forças entre movimentos e iniciativas no campo da saúde, e de disputas de interesses políticos, gerais e corporativos, por parte de diferentes grupos sociais (MURTINHO, 2012, p. 205).

Os conselhos e conferências, desta maneira, expressam uma democratização do acesso ao poder, fazendo parte da formulação das políticas públicas de saúde dentro do aparelho do Estado. Essas instâncias constituem arenas temporárias e permanentes, porém com regularidade, que possibilitam a apresentação, a defesa e o debate de diversos atores sociais (ESCOREL E BLOCH, 2005, p. 95). Este caráter de participação social na gestão do sistema único tornou-se realidade nas conferências posteriores à 8ª CNS²² e, sobretudo a partir da 9ª, discutiram, propuseram e incorporaram aspectos inovadores para a formulação e manutenção das políticas públicas de saúde, preservando a luta pela garantia do direito de todos à saúde dada pelo Estado em contraposição à ascensão da lógica de mercado no setor.

Além disso, a 8ª CNS apontou a necessidade do acesso à informação associado ao controle social, como maneira de garantir a transparência do sistema de saúde e, para viabilizar essa diretriz, foi aprovada a criação do Sistema Nacional de Informação. Esta resolução apareceu também de forma mais detalhada e fundamentada na 9ª CNS, mostrando-se alinhada com a tendência de relacionar a informação e o direito à comunicação à

²¹ De acordo com o Regimento Interno do Conselho Nacional de Saúde, a sua composição é definida da seguinte maneira: I. 50% dos membros representantes de entidades e dos movimentos sociais de usuários do SUS, escolhidos em processo eleitoral direto; e II. 50% dos membros representantes de grupos de profissionais de saúde, incluída a comunidade científica da área de saúde, entidades de prestadores de serviços de saúde, empresariais com atividade na área de saúde, todas eleitas em processo eleitoral direto; os representantes do governo, do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) e Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems) são indicados pelos seus respectivos dirigentes. A distribuição das vagas atende à seguinte composição: 50% de usuários, 25% de trabalhadores e 25% de prestadores de serviço e gestores. Informações disponíveis em: <<http://conselho.saude.gov.br>>.

²² Por recomendação das conferências nacionais de saúde ou por deliberação do Conselho Nacional de Saúde também têm sido realizadas conferências temáticas com o objetivo de aprofundar debates sobre áreas específicas e tornar mais precisas as orientações para a operação do sistema. Foram realizadas conferências nas áreas de: Saúde da Mulher; Saúde Bucal; Saúde Mental; Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde; Recursos Humanos; Saúde do Trabalhador; Medicamentos e Assistência Farmacêutica; e Saúde Indígena. Para essas conferências também se realizam encontros prévios nos estados e municípios e são observadas as regras de proporcionalidade na representação dos três segmentos – usuários, trabalhadores da saúde e gestores e prestadores (BRASIL, 2009, p. 33).

democratização e eficiências das demandas do SUS, além de considerar o acesso e a circulação de informação como elementos essenciais ao exercício do controle social. Neste sentido, a comunicação e a informação quando trabalhadas de forma integrada no SUS são fundamentais para ampliar a eficiência da gestão e da prestação dos serviços e atividades no âmbito da saúde (MURTINHO, 2012, p. 209).

2.3.1 Participação social na saúde: 27 anos de história do SUS

Nessa perspectiva, esta seção explora o cenário em que as sete Conferências Nacionais de saúde foram realizadas, considerando a interface com a comunicação. O objetivo é oferecer um panorama das principais ações, temáticas e deliberações resultantes do processo de mobilização que incorpora a participação popular como premissa para o funcionamento e garantia dos serviços de saúde prestados pelo SUS nesses 27 anos de história.

2.3.1.1 9ª Conferência Nacional de Saúde

Bastante adiada pelo governo do então presidente Fernando Collor, a 9ª CNS deveria ter sido realizada no princípio de 1990, mas só aconteceu em 1992, entre os dias 9 e 14 de agosto. A primeira conferência depois da nova Constituição e após a redefinição das funções dos conselhos de saúde com a instalação do Conselho Nacional de Saúde contou com quase três mil delegados e participantes credenciados e ainda mais de mil e quinhentos observadores nacionais e internacionais.

A 9ª CNS teve como tema central “Municipalização é o caminho” e como temas específicos: 1) Sociedade, governo e saúde (com subtema: seguridade social); 2) Implementação do SUS; 3) Controle social e 4) Outras deliberações e recomendações. Seguindo a dinâmica da 8ª CNS, a 9ª foi precedida por discussões dos temas e eleições de delegados municipais em quase 50% dos cinco mil municípios em todos os estados e no Distrito Federal. Desta forma, foi dado aos delegados eleitos o direito de voto nas decisões a

serem incluídas no relatório final²³ (BRASIL, 2009; ESCOREL E BLOCH, 2005, p. 101-104).

Paim (2008) destaca que a ocasião em que se realizou a 9ª CNS era de instabilidade política e econômica, no período em que o neoliberalismo ganhava força internacionalmente. Também era o momento em que diminuía a participação dos estados nas políticas públicas – com redução pela metade dos recursos da saúde, enquanto um terço da população brasileira passava a ser incorporada ao SUS. O movimento municipalista crescia com alguns experimentos de modelos assistenciais de organização de serviços na perspectiva da integralidade, através de distritos sanitários. No final de 1992 ocorre o *impeachment* do ex-presidente Collor, deixando para o seu sucessor a dificuldade de contornar três crises estruturais referentes ao pacto federativo, à gestão das políticas sociais e da saúde, em particular, às finanças (PAIM, 2008, p. 183-192).

O Conass considera que as principais contribuições da 9ª Conferência para a Política Nacional de Saúde foram: a descentralização, com o fortalecimento dos municípios como atores no cenário setorial; defesa das conferências estaduais e municipais como preparatórias à nacional, garantindo os mecanismos de participação social no SUS; mobilização nacional em torno da questão do financiamento; e a proposta de extinção do Inamps, que ocorreu no ano seguinte (BRASIL, 2009, p. 19).

Outro aspecto que merece destaque na perspectiva de Murtinho (2012, p. 211), em relação às resoluções da 9ª CNS, é o apoio à democratização da comunicação e à posição contrária à concentração dos meios de comunicação sob o controle de poucos grupos. A ideia de propriedade no âmbito da comunicação vai de encontro aos princípios do SUS, portanto, esta defesa da pluralidade e da diversidade dos veículos de comunicação representa a integração com a democratização do acesso à saúde.

Contudo, Paim (2008, p. 193-201) pondera que nos quatro anos que se seguiram à conferência, durante o governo de Itamar Franco, houve avanços na descentralização e na participação da comunidade, mas também cresceu a utilização da saúde para barganhas políticas e partidárias. Os recursos destinados à saúde continuaram diminuindo em paralelo à

²³ Existem diferenças na dinâmica e no grau de generalidade das recomendações das conferências em cada um dos níveis de gestão do sistema. No nível nacional, deve ser maior o grau de generalidade das recomendações, para que sejam aplicáveis ao sistema. No âmbito estadual e local, espera-se maior especificidade das recomendações das conferências, uma vez que devem referir-se às situações particulares que a serem enfrentadas pelo município ou estado. Assim, uma conferência municipal pode chegar a definir territórios (como bairros, por exemplo) que devem ter prioridade na realização de investimentos, ações que devem ser implementadas, segmentos populacionais que devem ser objeto de atenção especial, etc. com maior precisão do que as diretrizes emanadas de conferências nacionais, necessariamente mais gerais porque devem aplicar-se a todo o território e respeitar as especificidades loco-regionais (BRASIL, 2009, p. 33-34).

expansão dos planos de saúde e às pressões da indústria farmacêutica. Justificando-se no conceito ampliado de saúde adotado na Constituição, recursos foram desviados da saúde para outros setores de atenção social.

O autor ressalta ainda que, a partir de 1996, com Fernando Henrique Cardoso na Presidência, as entidades da Reforma Sanitária alertavam para um momento de ameaça para o SUS, levando em consideração as declarações em que FHC afirmava que o tesouro não tinha condições de sustentar o sistema. Em mais um momento de instabilidade econômica e crise política, a população de classe média migrava para os seguros-saúde e grandes veículos de mídia desqualificavam os esforços de construção do SUS²⁴. Verificavam-se, naquele momento, distintos projetos políticos disputando espaço na saúde, dado o asseveramento da política neoliberal do Governo federal e em alguns estados e o “Estado mínimo” para as políticas sociais (PAIM, 2008, p. 203-207).

Neste contexto dos anos 90, em que neoliberalismo ganha força, a única diretriz organizativa do SUS que consegue se fortalecer é a descentralização, por não colidir com esta perspectiva macroeconômica. Dessa forma, com base nas discussões da 9ª CNS, o Ministério da Saúde aprovou em sua Portaria n. 545, de 20 de maio de 1993, a Norma Operacional Básica SUS 01/1993²⁵, que institucionalizou as Comissões Intergestores Tripartite e Bipartite, as quais criam um sistema decisório compartilhado pelas diferentes instâncias de governo (municipais, estaduais e federal). Esta norma impulsionou a municipalização ao regulamentar o processo de descentralização da gestão dos serviços e ações no âmbito do SUS e estabelecer os mecanismos de financiamento das ações de saúde, em particular, das diretrizes para investimento na assistência hospitalar e ambulatorial (ANDRADE *et al*, 2013, p. 270; MENDES, 2004, p. 5).

Mendes (2004, p. 5) afirma que a norma 01/1993 foi sedimentada por outra subsequente, a NOB 01/1996, que consolidou a política de municipalização, atribuindo aos municípios o poder e a função de gestores da atenção à saúde. Segundo o autor, é instituída por meio desta norma a gestão plena da atenção básica pelo município e redefinida as responsabilidades dos estados e da União na saúde. Com isso, entretanto, os participantes da 10ª conferência manifestaram insatisfação com o Ministério da Saúde em relação à publicação da portaria relativa a esta norma, pelo fato do seu conteúdo não ter sido negociado previamente (BRASIL, 2009, p. 20).

²⁴ Para a revista *Veja*, por exemplo, “o célebre SUS, criado pela constituição de 1988, até hoje não foi implantado” (VEJA, 1 abr. 1998, p. 34).

²⁵ Mendes (2004, p. 5) defende que as normas operacionais fazem parte um movimento de incrementalismo lento na legislação da saúde, sendo condensadas pelos três níveis de governo e materializadas em Portarias Ministeriais.

2.3.1.2 10ª Conferência Nacional de Saúde

Realizada entre os dias 2 e 6 de setembro de 1996, a 10ª CNS denunciava um “desmonte da máquina pública” e exigia a manutenção da seguridade social, tendo como tema central “SUS: Construindo um modelo de atenção à saúde para a qualidade de vida”, o qual foi desdobrado nas seguintes temáticas de discussão: 1) Saúde, cidadania e políticas públicas; 2) Gestão e organização dos serviços de saúde; 3) Controle social na saúde; 4) Financiamento da saúde; 5) Recursos humanos para a saúde; e 6) Atenção integral à saúde. Participaram da fase nacional da conferência 1.260 delegados, 351 convidados e 1.341 observadores, antecedida por mais de três mil conferências municipais, nos 27 estados do país (BRASIL, 2009, p. 19-20; PAIM, 2008, p. 211).

O contexto desta conferência era de dificuldades para executar as melhorias prometidas pelo SUS devido à gravíssima restrição orçamentária do sistema, ao clientelismo político-partidário e à extensão de cobertura dos serviços de saúde à população brasileira. Por essa razão, diferentemente da 8ª e da 9ª, que foram de proposição do sistema e de cobrança da implantação da descentralização, a 10ª CNS foi marcada pela necessidade de avaliação e aprimoramento dessa política pública. Com o propósito de arrecadar recursos para a saúde, o então ministro da pasta, Adib Jatene, defendia a criação da Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira (CPMF), mas pediu demissão do cargo insatisfeito com os rumos que a gestão da saúde vinha tomando. Naquele ano de 1996, o montante investido na saúde tinha sido inferior ao aplicado em 1995, e Jatene temia que após a aprovação da CPMF a verba fosse utilizada para cobrir esse déficit ao invés de proporcionar mais investimentos (SCOREL E BLOCH, 2005, p. 104; PAIM, 2008, p. 211-213).

O Relatório Final da 10ª CNS determinou um prazo de 60 dias para que a NOB 01/1996 fosse revista, incorporando as deliberações da conferência. Dessa forma, a nova versão da norma foi republicada em novembro de 1996. O relatório também norteava a consolidação da participação dos conselhos e conferências no controle social ao indicar a necessidade de capacitação dos conselheiros, a constituição de serviços de ouvidoria e de disque-denúncia em todos os níveis do SUS e, além disso, a ação articulada entre os conselhos e o Ministério Público e os Tribunais de Contas. Verifica-se que, no conjunto, as deliberações da 10ª CNS aprofundam e consolidam os valores sociais da solidariedade e à defesa, por toda a sociedade, dos direitos de cidadania, da qualidade de vida e das políticas públicas intersetoriais. Além disso, conduzem para uma redução das desigualdades sociais,

com a consolidação dos princípios e diretrizes do SUS e da seguridade social (ANDRADE *et al*, 2013, p. 271; ESCOREL E BLOCH, 2005, p. 106)

A conferência também teve encaminhamentos importantes no âmbito da comunicação. Como ressalta Murtinho (2012, p. 213-214), além do reconhecimento das rádios comunitárias como meios de difusão de informação e conhecimento como meio participativo da comunidade nas políticas e práticas de saúde, destaca-se a criação pelo Ministério da Saúde de uma Política Nacional de Informação, Educação e Comunicação em Saúde, com a participação do Fórum Nacional pela Democratização da Comunicação (FNDC).

Portanto, a partir da 10ª CNS, o entendimento da comunicação na sua interface com a saúde começa a sofrer transformações relevantes, sobretudo no que tange a relação da população com os meios que comunicam a saúde. Nesta perspectiva, Cardoso (2001, p. 68-69) enfatiza que a sociedade, naquele momento, passa a não querer ser vista como mera espectadora de uma comunicação unidirecional, mas, ao contrário, chama para si o direito de ser emissora, como detentora de uma palavra autorizada que se legitima no capital político que advém da liderança e da representatividade social – reivindicava-se também a instituição de Câmaras Técnicas de Comunicação dentro dos conselhos de saúde. Portanto, como destaca a autora, é neste cenário propositivo que se atenuam as linhas que dividem as atividades de informação, comunicação e educação em saúde, aproximando-se as noções de coletas de dados epidemiológicos e sociodemográficos, por exemplo, necessários à tomada de decisão na gestão das políticas públicas, ao processo de adequação e familiarização dessas informações para a população.

Entretanto, Paim (2008, p. 217-221) realça que os anos seguintes à 10ª CNS foram de enfrentamento dos movimentos envolvidos na Reforma Sanitária às políticas neoliberais e de monopólio político no controle das instituições de saúde. A instabilidade no campo da saúde era tamanha que por uma segunda vez foi trocado o ministro da Saúde no primeiro mandato do governo do presidente FHC.

O autor afirma que o segundo momento da gestão do ex-presidente Fernando Henrique, no que tange à saúde, foi marcado pela regulamentação das práticas liberais, particulares, da medicina de grupo e dos seguros de saúde, com a chamada “lei dos planos de saúde” (Lei nº 9.656 de 03 de junho de 1998). Esta lei foi reforçada pouco tempo depois, com a criação da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) pela Lei 9.651 de 28 de janeiro de 2000. O objetivo do órgão é regular, normatizar, controlar e fiscalizar as atividades desde a assistência dos consumidores até a saúde suplementar, isto é, a assistências dos que possuem

planos de saúde, bem como as operadoras e os seguros. Neste sentido, Paim (2008) argumenta que apesar do estabelecimento dessa regulação, as seguintes características foram mantidas: segmentação da atenção, contrariando o princípio da integralidade; desperdício de recursos pela dupla utilização²⁶ – setores públicos e privados; iniquidade devido à organização dos planos pela capacidade de pagamento; indução ao consumo e à incorporação, sem critérios, de tecnologias médicas com complexidade e custo crescentes (PAIM, 2008, p. 224-225).

2.3.1.3 11ª Conferência Nacional de Saúde

A 11ª CNS, realizada entre 15 e 19 de dezembro de 2000, enfatizou a defesa das políticas de saúde como políticas de Estado e a expansão na prestação de serviços, bem como criticava a falta de qualidade e o não cumprimento dos princípios da universalidade e da equidade. Com a participação de 2.500 delegados, teve como eixo temático central “Efetivando o SUS: acesso, qualidade e humanização na atenção à saúde com controle social” e como subtemas: 1) Controle Social; 2) Financiamento da atenção à saúde no Brasil; 3) Modelo assistencial e de gestão para garantir acesso, qualidade e humanização na atenção à saúde, com controle social; 4) Recursos humanos; e 5) Políticas de informação, educação e comunicação (IEC) no SUS (BRASIL, 2009, p. 20).

Para subsidiar as discussões, foram encomendados textos de pesquisadores do campo da Saúde Coletiva os quais compuseram o Caderno da 11ª Conferência Nacional de Saúde. A familiaridade dos assuntos ali apresentados comprovaram o amadurecimento do movimento da Reforma Sanitária e a realidade de um sistema de saúde em construção, com problemas e desafios identificados, bem como as proposições para enfrentá-los. No entanto, devido à grande abrangência temática, à metodologia e à ausência de um grupo que evidentemente dirigisse a conferência, não foi possível como nas anteriores identificar desdobramentos específicos da 11ª CNS voltados para o aprimoramento do SUS. As pautas incluíram também questões municipais, o que acabou gerando um relatório de difícil consolidação sem que qualquer deliberação fosse gestada como ideia-síntese, fator que gerou

²⁶ Como a saúde no Brasil está vinculada à seguridade social e os recursos são distribuídos por princípios de solidariedade, toda a população ao pagar os seus impostos está contribuindo com a saúde pública, com o SUS. Quando uma parcela dessas pessoas paga diretamente por serviços privados ou por seguros e planos de saúde, entende-se que se gastou duas vezes com a saúde. Ademais, existe uma lista de procedimentos que são realizados apenas ou majoritariamente pelo setor público, compreendendo, em sua maioria, serviços de alta complexidade e custo, como por exemplo, transplantes, tratamentos de câncer, bancos de sangue, diagnóstico e medicamentos de HIV e os serviços da Agência de Vigilância Sanitária (Anvisa).

insatisfação nos participantes ao ponto de questionarem um novo formato para as conferências (ESCOREL E BLOCH, 2005, p. 107-109).

De acordo com Paim (2008), as entidades da Reforma Sanitária permaneciam mobilizadas para enfrentar os constantes obstáculos impostos pelos governos à implementação dos ideais do movimento. No entanto, o autor ressalta que, apesar das dificuldades, o Brasil já se destacava mundialmente por sua política pública de saúde, com propostas inovadoras e de referência, como a defesa do medicamento como um direito, sugerindo formas de produção e comercialização a um menor custo, com um combate à AIDS que incluía o tratamento das pessoas portadoras do vírus HIV, a luta contra o tabaco, queda da mortalidade infantil e da incidência de doenças imunopreveníveis – com destaque para a erradicação da poliomielite. Internamente, foi aprovada a Agenda Nacional de Saúde que estabelecia os eixos prioritários de intervenção para o ano de 2001 (PAIM, 2008, p. 231-233).

Cabe destacar que um avanço para o fortalecimento do SUS ocorre nesse período. Trata-se da NOAS SUS 01/2002 que finalmente regulamenta a regionalização prevista no artigo 198 da Constituição. De acordo com Mendes (2004, p. 7), essa norma propôs a organização de uma rede funcional regionalizada – módulos assistenciais, microrregiões, macrorregiões e regiões – tomando como base territórios autossuficientes em atenção primária à saúde, em atenção mínima de média complexidade (M1), em atenção de média complexidade (MC) e atenção de alta complexidade. O autor explica que essa proposta decorre de uma concepção do sistema como uma estrutura piramidal, organizado em níveis hierarquizados por sua complexidade, partindo da menos complexa, que seria a atenção primária, até a de mais alta complexidade²⁷.

Na conjuntura das eleições presidenciais de 2002, o cenário era de dificuldades diante da instabilidade econômica, com elevado desemprego, aprofundamento das desigualdades e descontrole da violência. Entretanto, segundo Paim (2008, p. 236), pela primeira vez nenhum dos candidatos se opunha ao SUS, o que sinalizava alguma oportunidade e esperança de que o projeto da RSB fosse retomado. Inicialmente, o presidente eleito, Luiz Inácio da Silva, era visto com desconfiança pelo movimento pelo fato da saúde não estar presente nos seus discursos de campanha, mas a indicação de membros do movimento sanitário para a direção de algumas instâncias do Ministério da Saúde, sobretudo, com a nomeação de Sérgio Arouca para a função de secretário de gestão participativa,

²⁷ Conforme apresentado anteriormente, Mendes (2004) questiona esses níveis de complexidade, ao defender que do ponto de vista prático, a atenção primária seria a mais complexa de ser implementada e mantida.

alimentou a expectativa de que a 12ª CNS trouxesse à tona pactuações para o desenvolvimento do SUS.

2.3.1.4 12ª Conferência Nacional de Saúde

Proposta por Sérgio Arouca²⁸, e contando com a condução de outros militantes históricos da RSB, a 12ª CNS buscou reviver, em alguma medida, o espírito democrático que marcou a oitava. O governo antecipou a sua realização assumindo o compromisso de que iria utilizar as resoluções finais da conferência como base para as políticas públicas de saúde. Desta maneira, a 12ª aconteceu entre os dias 7 e 11 dezembro de 2003, com o tema central “Saúde: um direito de todos e um dever do Estado. A saúde que temos, o SUS que queremos”, subdividido em dez eixos temáticos: 1) Direito à saúde; 2) A seguridade social e a saúde; 3) A intersectorialidade das ações de saúde; 4) As três esferas de governo e a construção do SUS; 5) A organização da atenção à saúde; 6) Controle social e gestão participativa; 7) O trabalho na saúde; 8) Ciência e tecnologia na saúde; 9) O financiamento da saúde; e por fim, 10) Comunicação e Informação em Saúde (SCOREL E BLOCH, 2005, p. 109; PAIM, 2008, p. 242).

No relatório da conferência, consta que estavam presentes mais de quatro mil cidadãos, e que foi precedida por mais de três mil conferências municipais em todos os 27 estados (BRASIL, 2009, p. 21). Os relatórios das conferências municipais foram consolidados com as pautas de âmbito estadual e nacional e escolhidos os delegados para a etapa estadual, que, por sua vez, tiveram os delegados escolhidos e os relatórios consolidados com as pautas que seriam tratadas na etapa nacional. Outro dado relevante dessa conferência diz respeito aos participantes, com o aumento no número de jovens, mulheres, negros e indígenas e a predominância de gestores alocados na esfera municipal. Porém, devido ao grande número de temáticas discutidas na conferência, a plenária final decidiu votar apenas as propostas mais polêmicas, entre as quais se destaca a rejeição à descriminalização do aborto. Os demais assuntos foram deliberados por votação em domicílio (ANDRADE *et al*, 2013, p. 274; SCOREL E BLOCH, 2005, p. 110-111)

A 12ª CNS tem relevante papel para o campo da comunicação e saúde, uma vez que em seu relatório reafirmou a comunicação e a informação como sendo fundamentais para a garantia da integralidade da saúde no país ao enfatizar a necessidade da comunicação fazer parte formalmente das instâncias e órgãos de saúde, em todos os níveis de governo. Segundo

²⁸ Sérgio Arouca faleceu em agosto de 2003 e a coordenação da conferência foi transferida para Eduardo Jorge.

Murtinho (2012, p. 215), a conferência teve resoluções referentes ao controle da propaganda, em eventos e nos meios de comunicação, de diversos produtos que podem colocar a saúde em risco, entre eles medicamentos, bebidas alcoólicas e tabaco. A regulação da propaganda é um tema recorrente nas conferências de saúde, estando presente também nos relatórios da 8ª, da 9ª e da 14ª.

Conforme destaca Costa (2014, p. 16), a 12ª Conferência admitiu que qualquer gesto de integração da população aos saberes institucionalizados e às políticas públicas de saúde deve considerar e manter um diálogo constante com os movimentos sociais e as instituições da sociedade civil, especialmente com aqueles que vivem em estado de precariedade e em pequenos municípios, incluindo os localizados em áreas rurais. Neste âmbito, o relatório sugere redes de envolvimento da população nas decisões e no acompanhamento da execução das campanhas e atividades de iniciativas do SUS, como uma forma de incentivo à troca de experiências. Contudo, além dos discursos instituídos junto aos movimentos sociais, às escolas, às igrejas, aos postos de saúde, etc., a autora lembra que existem vozes dispersas que não estão necessariamente abarcadas por estas organizações e que precisam consideradas.

Apesar da continuidade de políticas de ajuste macroeconômico, da reforma da Previdência, das três trocas de ministros e de várias iniciativas que marcaram o “embate econômico x social” do governo Lula, indo na contramão das políticas de saúde inspiradas no projeto da RSB, o período seguinte à 12ª Conferência contou com iniciativas e resultados importantes no âmbito da saúde pública, dos quais Paim (2008) destaca a ampliação da atenção básica por meio do PSF, a implementação da Reforma Psiquiátrica, do SAMU e da política da Saúde Bucal. O autor ressalta ainda outras intervenções consideradas relevantes para o SUS que datam dessa época, como a formulação de políticas de assistência hospitalar, “média e alta complexidade”, urgências, assim como a elaboração do Plano Nacional de Saúde e a aprovação dos Pactos pela saúde²⁹ (PAIM, 2008, p. 250).

Neste momento, a tese de que o SUS é política de Estado e não de governo passa a ser mais difundida, bem como a ideia de que o sistema de saúde é uma política de construção da democracia que visa à ampliação da esfera pública, a inclusão social e a redução das desigualdades. Esse fator reforçava a necessidade do movimento da Reforma Sanitária se manter fortalecido, uma vez que, sob a justificativa da amplitude do conceito de

²⁹ Não é a proposta deste trabalho aprofundar em cada um desses pontos, portanto, para informações completas sobre esses programas e iniciativas ver: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. Coordenação Geral *Diretrizes Operacionais dos pactos pela vida, em defesa do SUS e de gestão de Apoio à Gestão Descentralizada*. Brasília, 2006. 76p.

saúde, o governo tentava continuar gastando recursos assegurados pela EC-29 com programas como o Fome Zero. O mesmo acontecia com 22% dos municípios e dez estados, os quais incluíram programas sociais, obras de saneamento e pagamento de aposentadorias na conta da saúde. Além disso, quatro estados e 12% dos municípios não cumpriram em 2004 o determinado pela Emenda 29 (PAIM, 2008, p. 250-252).

2.3.1.5 13ª Conferência Nacional de Saúde

Diante deste cenário e da preocupação com os desafios a serem enfrentados para a promoção de ações efetivas no desenvolvimento das políticas públicas de saúde, o Governo federal convocou a 13ª Conferência. Precedida por mais de quatro mil conferências municipais em todos os estados do país, a etapa nacional aconteceu entre os dias 14 e 18 de novembro de 2007, contando com a presença de quase quatro mil participantes. A 13ª é considerada um marco histórico, político e institucional por ter reafirmado os grandes princípios norteadores da RSB, os quais ainda se apresentavam como desafios para a consolidação da cidadania em saúde (ANDRADE *et al*, 2013, p. 275; BRASIL, 2009, p. 21; MINAYO, 2007).

A conferência teve como tema central “Saúde e qualidade de vida: políticas de estado e desenvolvimento” e seus debates foram organizados em torno dos seguintes eixos temáticos: 1) Desafios para a Efetivação do Direito Humano à Saúde no Século XXI: Estado, Sociedade e Padrões de Desenvolvimento; 2) Políticas Públicas para a Saúde e Qualidade de Vida: o SUS na Seguridade Social e o Pacto pela Saúde; e 3) A Participação da Sociedade na Efetivação do Direito Humano à Saúde. Segundo o regimento, a 13ª conferência tinha os seguintes objetivos: 1) avaliar a situação da saúde, de acordo com os princípios e as diretrizes do SUS previstos na Constituição Federal e na Lei Orgânica da Saúde; 2) definir diretrizes para a plena garantia da saúde como direito fundamental do ser humano e como política de Estado, condicionada e condicionante do desenvolvimento humano, econômico e social; e 3) definir diretrizes que possibilitassem o fortalecimento da participação social na perspectiva da plena garantia da implementação do SUS (BRASIL, 2009, p. 21).

Também em 2007 foi extinta a CPMF, criada em 1996 com a previsão de que não poderia ser cobrada por mais de dois anos. Como explica Gomes (2014, p. 9-10), a proposta inicial da contribuição previa que a alíquota não poderia exceder 0,25% e ainda que a sua arrecadação deveria ser destinada integralmente ao Fundo Nacional de Saúde. Contudo, o autor destaca que a Lei ordinária 9311 que regulamentava a CPMF foi alterada por mais oito

leis e três medidas provisórias, e também, por três Emendas Constitucionais – 21/1999, 37/2002 e 42/2003, que prorrogaram sua duração ou modificaram sua alíquota. Segundo ele, as normas relacionadas a essa contribuição acabaram elevando os recursos disponíveis ao executivo, sem preocupação efetiva em ampliar o financiamento da saúde, ou seja, embora a saúde tenha sido usada como justificativa para a criação e manutenção as CPMF, a situação de insuficiência de recursos permaneceu inalterada. De acordo com o autor, persistia o subfinanciamento da saúde, pois o montante da contribuição já chegava para o setor com menos 20% em paralelo ao decréscimo de outras fontes como a Contribuição para Financiamento da Seguridade Social (Cofins) e a Contribuição Social sobre o Lucro Líquido (CSSL).

De acordo com Gomes (2014), com a extinção da CPMF várias propostas tramitaram no Congresso e no Senado para estabelecer recursos estáveis para a saúde, mas só em 2012 a Emenda 29 foi regulamentada, porém sem a adoção do critério de 10% da Receita Corrente Bruta da União, discutido desde 2007. Para o autor, pode-se considerar um avanço, neste contexto, a aprovação do projeto de lei que definia e controlava os gastos com ações e serviços de saúde, o que afetava mais na prática os estados, tendo em vista que vários deles não cumpriam rigorosamente a EC-29, como citado anteriormente.

2.3.1.6 14ª Conferência Nacional de Saúde

Dentre outros temas, a 14ª Conferência Nacional de Saúde, realizada entre os dias 30 de novembro e 4 de dezembro de 2011, defendia os 10% da RCB da União para a saúde, sem incidência da Desvinculação de Recursos da União (DRU), que permita ao Governo Federal a redistribuição de 20% de suas receitas para outras despesas. Participaram desta conferência quase três mil delegados, os quais debateram as 15 diretrizes construídas de forma ascendente pelos entes municipais, estaduais e federal. A 14ª CNS teve como eixo temático central “Todos Usam o SUS! SUS na Seguridade Social - Política Pública, Patrimônio do Povo Brasileiro” e apresentou propostas para mudanças organizacionais focadas na melhoria do atendimento dos serviços de saúde do SUS (BRASIL, 2011).

O relatório da 14ª CNS inovou o seu conteúdo principalmente nos temas relacionados à seguridade social, trazendo para o centro da discussão as particularidades sobre os direitos de previdência e valorização dos trabalhadores do SUS, defendendo os princípios da solidariedade e dos direitos humanos como centrais para a garantia do cumprimento das diretrizes do sistema. Neste sentido, o relatório defendeu que as políticas de saúde devem agir

com respeito às diversidades etnicorracial, de gênero, geracional, regional e social ao mencionar a promoção da equidade. O intuito é reduzir as condições desiguais a que são submetidas as mulheres, as crianças e os idosos, bem como as populações negra, indígena, LGBT, cigana, do campo, da floresta e ribeirinha, as comunidades quilombolas, as pessoas em situação de rua, com deficiência e patologias e ainda as que possuem necessidades alimentares especiais.

Também ganharam destaque no relatório: a defesa da atenção básica como ordenadora da rede de saúde, prezando pela resolutividade, facilidade de acesso e acolhimento em tempo adequado e com civilidade; a importância da efetivação da Política de Saúde da Mulher, garantindo seus direitos sexuais e reprodutivos e a atenção em casos de violência, em contribuição para a queda dos índices de mortalidade materna e neonatal; e o fortalecimento da Política Nacional de Saúde Mental e Álcool e outras drogas, alinhados aos preceitos da Reforma Psiquiátrica antimanicomial.

A 14ª CNS foi enfática no que diz respeito à eliminação de todas as formas de subsídios públicos à comercialização de planos e seguros privados de saúde e de insumos, e também do aprimoramento de mecanismos para o ressarcimento ao SUS por serviços a usuários da saúde suplementar. A conferência defendeu ainda a redução da taxa de juros, o aumento do Imposto sobre Operações Financeiras (IOF) para a saúde, a tributação de grandes riquezas, fortunas e latifúndios, e também do tabaco e das bebidas alcoólicas e a criação de novas fontes de recursos a partir das riquezas produzidas pelo país.

Além disso, mostrou-se a favor da gestão 100% estatal e retomou os temas ligados à participação social no controle e na gestão do sistema de saúde, por meio do fortalecimento dos conselhos e ampliando a integração do cidadão no controle social. Por fim, realçou a necessidade de implementação de políticas de educação permanente para gestores, trabalhadores e demais integrantes do controle social e de investimentos na valorização dos trabalhadores do SUS, na infraestrutura e na qualidade dos serviços de saúde (BRASIL, 2011).

Apesar das proposições otimistas da 14ª conferência, realizada no primeiro ano de mandato da presidente Dilma Rousseff, segundo Magno e Paim (2015) este governo ajudou a consolidar no Brasil um programa de política econômica e social que buscava o crescimento econômico e o desenvolvimento do capitalismo brasileiro com alguma transferência de renda, entretanto não rompe com os limites dados pelo modelo econômico neoliberal. Para os autores, os seguintes aspectos caracterizam o modelo neodesenvolvimentista do governo Dilma: ampliação do poder de consumo das classes populares por meio da valorização do

salário mínimo e de políticas de transferência de renda; financiamento de grandes empresas nacionais a juros favorecidos ou subsidiados pelo Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico (BNDES); apoio à exportação de capitais e mercadorias; política econômica anticíclica nos momentos de crise; e investimento estatal em infraestrutura através de parcerias público-privadas.

Para os autores, essas características se refletem diretamente na agenda das políticas sociais as quais se limitaram a programas de transferência de renda. Neste sentido, o setor público tem seus recursos reduzidos, mantendo-se o subfinanciamento em contraposição ao crescimento e ao fortalecimento do setor privado. Segundo eles, no âmbito da saúde isso mostra uma contradição, visto que se trata de um governo que se declara defensor do SUS e é composto por sanitaristas em postos de direção e assessoramento das entidades de saúde, mas que implementa políticas de privatização. Nesta mesma lógica, destaca-se o crescimento dos planos e seguros privados, o aumento da incorporação de tecnologias de alto custo, e ainda, a abertura para exploração do capital internacional e a mercantilização da saúde. Outros aspectos que estão presentes na saúde brasileira nos últimos anos são a lógica da focalização nas políticas prioritárias as quais conduzem para uma inflexão em direção a políticas de cunho redistributivo na saúde e a expansão de serviços de saúde em atenção primária e unidades hospitalares e pré-hospitalares (MAGNO E PAIM, 2015, p. 3).

No texto em que analisam a conjuntura da saúde no Brasil, Magno e Paim (2015) afirmam que os governos de Lula e Dilma cumpriram parcialmente, nos últimos doze anos, o papel de conduzir certas tarefas democráticas por meio de um projeto de mudanças sociais. Entretanto, as mudanças não foram suficientes para alterar o estado de dominação econômica e cultural que se mantém, pois essas transformações não incidiram sobre a concentração de riquezas, tampouco buscaram romper com a estrutura do capital. Esses governos, ao proporcionarem o crescimento da economia baseado em padrões de consumo, sem alterar a ideologia dominante como os valores do individualismo, desperdiçaram em boa medida a possibilidade de construir uma sociedade mais solidária, tal qual é descrita na Constituição. Segundo os autores, esse processo representa a síntese das contradições existentes neste período, em que a classe média identifica-se e sustenta-se no topo da pirâmide, enquanto a “classe C” e a “nova classe trabalhadora” almejam um padrão de consumo cada vez mais alto, difícil de ser sustentado por um governo que perde legitimidade em um momento de crise política e econômica.

Para eles ainda, a correlação de forças conservadoras e progressistas compreendem o SUS como um “balcão de negócios” onde é possível obter lucros de todos os

lados, seja por meio de dividendos políticos com a prestação de serviços, parcerias público-privadas ou terceirizações. Desta maneira, até mesmo grupos que historicamente se opunham ao sistema público já não o fazem mais, afinal todos se beneficiam do “SUS real” (MAGNO E PAIM, 2015, p. 10-11).

2.3.1.7 15ª Conferência Nacional de Saúde

É neste cenário que acontece a mais recente Conferência Nacional de Saúde. A 15ª foi realizada entre os dias 1º e 4 de dezembro de 2015, com o tema “Saúde pública de qualidade para cuidar bem das pessoas: direito do povo brasileiro”. De acordo com o Conselho Nacional de Saúde, na carta de apresentação da conferência, esta temática foi concebida em defesa da *saúde pública de qualidade* como direito de cidadania, em contraposição à privatização e mercantilização, e também visando à superação das desigualdades entre populações e regiões, à organização e à humanização nos serviços de saúde de modo a ampliar o acesso e atender as necessidades dos usuários; Além disso, argumenta a importância de *cuidar bem das pessoas* mediante a realização e a valorização do trabalho interdisciplinar e multiprofissional, capaz de transformar as práticas de saúde, bem como a superação de iniquidades que afetam a população brasileira, a exemplo do racismo, sexismo e a intolerância às demais diversidades. Por fim, reafirma a *saúde* como *direito fundamental do povo brasileiro*, pilar estruturante da cidadania e do desenvolvimento da nação (CONSELHO NACIONAL..., 2015; CONSELHO NACIONAL..., 2016).

Ao longo de 2015, cerca de um milhão de pessoas estiveram envolvidas nas conferências municipais que aconteceram em mais de cinco mil cidades em todos os estados, sendo que dezessete deles mobilizaram 100% dos seus municípios. Os debates se organizaram em torno de oito eixos temáticos: 1) Direito à saúde, garantia de acesso e atenção de qualidade; 2) Participação social; 3) Valorização do trabalho e da educação em saúde; 4) Financiamento do SUS e relação público-privado; 5) Gestão do SUS e modelos de atenção à saúde; 6) Informação, educação e política de comunicação do SUS; 7) Ciência, tecnologia e inovação no SUS; e 8) Reformas democráticas e populares do Estado (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015).

Mais de quatro mil pessoas participaram da etapa nacional onde foram votadas diretrizes dentro dessas temáticas. As que foram aprovadas na plenária final servirão de referência para as ações que o Conselho Nacional de Saúde deverá monitorar e executar nos próximos anos; algumas delas reforçam aspectos que já haviam sido deliberados em

conferências anteriores, outras visam complementar o que já vem sendo feito e, ainda, aquelas que propõem soluções para questões atuais.

Portanto, os caminhos da saúde no Brasil indicam a ampliação e qualificação do acesso aos serviços de saúde, com ênfase na humanização e na equidade, aprimorando as políticas em todos os níveis de atenção e garantindo o acesso a medicamentos no SUS. Além disso, as instâncias de controle social devem ser fortalecidas de forma a continuarem assegurando o caráter deliberativo dos conselhos de saúde e facilitando os canais de interação com o usuário. Quanto ao financiamento do SUS, os encaminhamentos da 15ª CNS apontam para a garantia do financiamento estável e sustentável por meio da melhoria no padrão do gasto e da qualificação dos investimentos tripartite e dos processos de transferência de recursos. A preocupação com fortalecimento da Política Nacional de Medicamentos e de Assistência Farmacêutica também recebe destaque com o objetivo de reduzir a importação de medicamento e de promover a incorporação de novas tecnologias pelo SUS e, ainda neste âmbito, incentivar a ciência e tecnologia para o sistema único.

Dentre essas diretrizes aprovadas, destaca-se a que a Conferência reconhece a democratização do acesso à informação em saúde como facilitador para a interação entre trabalhadores, gestores e usuários do SUS em todos os níveis da federação, promovendo a educação na perspectiva da construção de conhecimento de forma coletiva e dialógica. Mas, como ressalta o Conselho Nacional de Saúde, para que as propostas manifestadas nessas diretrizes se concretizem é necessário um esforço tanto do poder público quanto das instâncias de controle social para que as ações decorrentes dessas proposições sejam executadas conforme expresso pela população (CONSELHO NACIONAL..., 2016).

Para os anos posteriores à 15ª conferência, a sociedade deve estar atenta aos projetos de lei que tramitam no Congresso Nacional e que podem colocar em risco alguns direitos garantidos pela Lei Orgânica da Saúde, sobretudo, a crescente inserção do capital internacional e a mercantilização da saúde no Brasil. Ademais, Magno e Paim (2015) sugerem que as questões de financiamento também merecem um olhar especial uma vez que a aprovação da PEC do orçamento impositivo (PEC 358/13) altera a forma de calcular os investimentos em saúde. Este novo cálculo reduz progressivamente o montante destinado ao sistema público, o que segundo o Conselho Nacional de Saúde resultaria em uma perda de 7 a 10 bilhões de reais em 2015. Enquanto isso, o Projeto de Lei de Iniciativa Popular, PLP 321/2013, que propunha a destinação de 10% das receitas correntes brutas da União para a saúde foi arquivado – de acordo com o Movimento Saúde +10, essa quantia representaria a

diferença no valor de aproximadamente 193,3 bilhões investidos ao final de cinco anos (MOURA E PAIM, 2015, p. 8).

Os autores destacam outro projeto que impactaria negativamente a conjuntura da saúde. A PEC 451/14, de autoria do atual presidente da Câmara Federal, Eduardo Cunha (PMDB), a qual pretende incluir como garantia fundamental o plano de assistência à saúde, oferecido pelo empregador em decorrência de vínculo empregatício. Caso essa proposta seja aprovada, significará um retrocesso, pois reduziria a responsabilidade do Estado com as atividades de assistência à saúde, condicionando o acesso ao vínculo formal de trabalho, de forma semelhante ao que era feito antes da Constituição de 1988 (MAGNO E PAIM, 2015, p. 8).

Magno e Paim (2015, p. 9) afirmam que a aproximação crescente com o setor privado e, portanto, o fortalecimento da saúde suplementar, vem sendo apontada como uma alternativa para a sustentabilidade do sistema brasileiro, em conformidade com a proposta de Cobertura Universal de Saúde, orquestrada pela OMS e pelo Banco Mundial, em conjunto com instituições parceiras como a Fundação Rockefeller e *Save The Children*. Segundo os autores, as práticas de *lobby* no sistema político ajudam a compreender esse processo, tendo em vista que as empresas de planos de saúde doaram 54,9 milhões de reais nas eleições de 2014 para as campanhas de 131 candidatos dos mais diversos partidos em todos os cargos pleiteados.

Neste sentido, a gestão participativa e a apropriação do direito à saúde pela população se configuram como um desafio constante e visceral para a manutenção das conquistas no âmbito da saúde representadas pelo SUS. Isso porque, os dispositivos de participação popular, inerentes ao governo democrático, são fundamentais para a resistência a retrocessos, como a atribuição do poder sobre a saúde da população a instâncias privadas baseadas nas lógicas de concorrência e lucro, na contramão dos princípios de universalidade, integralidade e equidade.

3 SAÚDE, ESTADO E SOCIEDADE

Mas hoje, todos, com pequeníssima exceção, concordam em proclamar a saúde como uma volúpia essencial. Com efeito, para eles, é a dor que na moléstia, é inimiga da saúde; por que então não haveria prazer na saúde, da mesma forma que há dor na moléstia? (Thomas Morus – A Utopia, 1535).

A relação entre o Estado e a saúde pode nos parecer hoje inerente à vida em sociedade, contudo, nem sempre foi assim. Neste capítulo, mostraremos como e quando a saúde passa a ser considerada direito de todos e em que momento as responsabilidades pelas ações de saúde passam a ser incorporadas pelo Estado. Para isso, discutiremos a formação dos Estados-nação, assim como as definições de saúde e de doença atribuídas pelas sociedades modernas e contemporâneas, nas quais se instituem novas formas de poder sobre os corpos e a vida dos indivíduos e das populações, sobretudo pelo exercício de políticas orientadas pelos governos.

Desta perspectiva, lançamos olhares para as garantias de direitos sociais que surgiram e ganharam expressão no século XX, principalmente com o *Welfare State* (Estado de bem-estar social em inglês), mas que no final deste século começaram a enfrentar dificuldades diante do crescimento do neoliberalismo. Neste sentido, apresentamos um breve panorama sobre a estruturação sistemas de saúde no mundo, sejam eles concebidos a partir de políticas públicas de governo ou ligados ao mercado privado.

Encerra-se o capítulo com o resgate histórico das políticas sanitárias e as principais ações de saúde no Brasil que antecederam o SUS. Discute-se de que forma a realidade da saúde no país foi articulada, ainda que tardiamente, para se adequar à tendência mundial de implementação do Estado de bem-estar como norteador do seu modelo de proteção social e de administração dos serviços de saúde.

3.1 CONCEPÇÕES DE SAÚDE E RELAÇÕES DE PODER

As concepções de saúde, assim como outros conceitos oriundos de campos sociais, estão em constante disputa na sociedade contemporânea. A percepção do que é saúde ou a ausência dela, perpassa outros campos do saber que se dispõem a debater os sentidos que este conceito resguarda. Isto porque a saúde está inserida em jogos e relações de poder que atravessam verticalmente a organização de outros campos. A medicina, enquanto disciplina da

saúde, é um exemplo disso. Sua articulação com as noções de cuidado, doença, clínica, tratamento e cura existiram durante séculos sem que fosse estruturado um conceito universalmente aceito do que é saúde. Somente após o fim da Segunda Guerra Mundial, em 7 de abril 1948, a Organização Mundial da Saúde³⁰ em sua carta de princípios, reconheceu a “saúde” como um “estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não meramente ausência de doença ou incapacidade” (ALMEIDA FILHO, 2011; SCLIAR, 2007).

Apesar de esta definição, considerada oficial, ser amplamente utilizada até os dias atuais, sua grande abrangência acaba por dificultar o claro entendimento do que realmente caracteriza um estado de saúde para além da ausência de doença. Deste prisma, destaca-se que assim como o conceito de saúde, a definição de doença também se encontra em disputa, tendo em vista que a doença não se configura somente como um conjunto de sintomas que nos fazem buscar ou não ajuda médica, ela é uma construção social. Como destaca Costa (2012, p.65), a existência da doença pode ser evidenciada por meio da concorrência entre vários elementos, sejam eles científicos, sociais e políticos, temporal e espacialmente estudados, isto é, os significados e sentidos ao que se entende por doença são atribuídos por diferentes grupos em cada época. Sendo assim, entende-se que a noção de doença é uma invenção de linguagem sobre um fenômeno biológico:

De fato, as representações e as imagens em torno daquilo que se convencionou designar moléstia criam uma entidade nova, uma outra doença – efeito de linguagem que Michel Foucault chamou de “delirante”, quer dizer, as palavras que conferem existência aos seres se descolam do material e instituem outro real (TRONCA apud COSTA, 2012, p. 65).

Para Canguilhem (2002) os diversos significados dados ao longo da história para o conceito de doença possuem em comum o fato de constituírem-se como um julgamento de valor virtual, correspondendo a todos os valores negativos possíveis, ou seja, ser nocivo, indesejável ou socialmente desvalorizado, por exemplo. O autor analisou de que forma a ideologia médica produziu saberes sobre os processos patológicos, na primeira metade do século XIX, e a maneira como justificou suas formas de intervenção no corpo humano. A partir da teoria das relações entre o normal e o patológico, discutia-se a equivalência entre os fenômenos que se davam nos organismos vivos e os fenômenos fisiológicos. A definição do patológico, neste sentido, teria como base o normal fisiológico – um ideal de perfeição constituído na tentativa de uma definição positiva, uma vez que a saúde perfeita não passaria de um conceito normativo de um tipo ideal. Canguilhem (2002, p. 54) nega a existência de

³⁰ A Organização Mundial de Saúde (OMS) é uma agência internacional especializada em saúde, subordinada à Organização das Nações Unidas (ONU).

uma norma, afirmando que ela apenas desempenha seu papel de desvalorizar a existência para permitir a correção dessa mesma existência.

Segundo o autor, a relação entre o normal e o patológico pode ser evidenciada nas variações qualitativas entre um e outro, não se tratando, portanto, de conceitos contraditórios: “patológico” não significaria ausência de normas, e sim a presença de outras normas vitalmente inferiores que impedem um indivíduo de viver o mesmo modo de vida de outros sadios. Desta maneira, o patológico corresponderia diretamente ao conceito de doença, implicando o contrário vital do sadio. “Normalidade”, por sua vez, diz respeito a uma categoria mais ampla, na qual se englobam as subcategorias “saúde”, que seria uma norma de vida superior, e “patológico”, significando a doença, uma norma de vida inferior. Sendo assim, os pares “normal/patológico” e “saúde/doença” não são, para Canguilhem (2002), simétricos ou equivalentes. O limiar entre saúde e doença é singular, influenciado pelos planos cultural e socioeconômico, transcendendo o estritamente individual, de forma que a saúde corresponderia a uma ordem implicada na esfera biológica, mas também no modo de vida do indivíduo (ALMEIDA FILHO, 2011).

Com base nesta e em outras questões em torno dos conceitos e definições de saúde e de doença, Almeida Filho (2011) destaca a omissão da sociologia médica em construir uma teoria geral da saúde capaz de superar o modelo biomédico dominante. É esse fator, segundo ele, que impossibilita uma conceituação coletiva da saúde que foge da perspectiva reducionista de ser apenas o somatório de ausência de doenças.

No nível individual, a saúde não constitui análogo oposto ou simétrico invertido de doença. Se, para cada doença, observa-se um modo prototípico de adoecer (cujo reconhecimento implica na semiologia clínica), há infinitos modos de vida com saúde, tanto quanto a infinidade de seres sadios que existiram, quem existem ou que virão a existir (ALMEIDA FILHO, 2011, p. 56-57).

Sobre as várias dimensões de saúde, o autor desenvolve concepções amplificadas do conceito que são determinantes para a estrutura de entendimento deste trabalho e para a reflexão dos sentidos que perpassam o campo. Almeida Filho (2011) afirma que não é possível falar em saúde no singular, mas de várias ‘saúdes’ que dependem de diferentes variáveis. Segundo ele, para estudá-las nessa perspectiva plural, relativa, mutante e não ontológica, devemos considerar o potencial heurístico acumulado nas interfaces entre as ciências sociais e as ciências da saúde. Desta forma, a saúde se constitui em diferentes espaços e é preciso, de forma combinada, questionar o sentido e o lugar das práticas pessoais, institucionais e sociais que perpassam sua existência enquanto campo de conhecimento. Para explicitar a dificuldade de definir conceitos e captar os sentidos do campo, Almeida Filho apropria-se da seguinte citação de Nietzsche:

Pois não existe uma saúde em si, e todas as tentativas de definir tal coisa fracassaram miseravelmente. Depende de seu objetivo, do seu horizonte, de suas forças, de seus impulsos, seus erros e, sobretudo, dos ideais e fantasias de sua alma, determinar o que deve significar saúde também para seu corpo. Assim, há inúmeras saúdes no corpo (NIETZSCHE apud ALMEIDA FILHO, 2011, p. 139).

Cabe-nos, portanto, identificar as transformações no sentido de saúde, os agentes que atuam sobre elas e o *locus* nos quais se dão os principais rearranjos. Arouca (1975, p. 9) corrobora com essa concepção ao se referir a uma medicina cuja definição não se esgota simplesmente na não ocorrência de doenças. O autor se refere a uma medicina preventiva que representa um movimento ideológico ao propor uma transformação na prática médica, sobretudo, das atitudes com o paciente, sua família e comunidade. Essa crítica se assenta, principalmente, em relação à medicina curativa, na qual os métodos e procedimentos estão voltados prioritariamente para o diagnóstico e a terapêutica, privilegiando a doença e a morte contra a saúde e a vida ao colocar em segundo plano a prevenção e a reabilitação (AROUCA, 1975, p. 12-13). Nesta perspectiva, Almeida Filho (2011, p. 79) defende que importantes componentes políticos e ideológicos são revelados pelas práticas médicas, dando origem a uma estrutura baseada em relações de poder que justificam uma distribuição desigual tanto das doenças quanto dos tratamentos.

Para discutir essas relações de poder que se dão no âmbito da saúde, é importante apresentar a perspectiva arqueológica da medicina e da saúde, traçada por Foucault. Para ele, a sociedade está permeada por regimes de verdade que instituem identidades, determinam regras, legitimam ou desconsideram práticas. Sob essa perspectiva, Ojeda (2004, p. 54-55) reforça que a área da saúde configura-se e organiza-se a partir da história da medicina moderna, nascida nos últimos anos do século XVIII. Dotada de um presumido empirismo, ela toma indivíduo e o leito do doente como objeto de investigação sobre os quais produz um discurso científico. Além disso, a medicina moderna colocou o corpo humano como o espaço de origem e repartição da doença (FOUCAULT, 1977). É por esta razão que a medicina se transforma na disciplina que detém o saber científico capaz de determinar as práticas atuais em saúde.

Um dos maiores efeitos da variação dos sentidos de saúde e da sedimentação de regimes de verdade ligados à medicina curativa é a medicalização. Presente em todas as esferas da vida humana e estudada por Foucault (1977), o processo de medicalização foi fruto da virada médica sobre a população e seus acontecimentos desde os séculos XVIII e XIX. Em *O Nascimento da Clínica*, o autor desenvolveu uma arqueologia dos padrões de normalidade no âmbito da medicina, analisando a passagem do médico como espectador e catalogador de doenças, para um ser atuante que intervém no corpo do doente, resultando no nascimento da

clínica médica. Essa intervenção, que se inicia a partir do século XVIII, tinha como objetivo recuperar o indivíduo para a produção alterando suas condições físicas e mentais. É neste momento que se registra o surgimento de uma listagem de parâmetros normais de rendimento dos homens e do funcionamento normal social.

Para Foucault (1979), estratégias políticas, científicas, econômicas e jurídicas são instituídas para que o poder seja exercido e estabeleça normas e regras de constituição do saber. O autor, por meio de ferramentas genealógicas e arqueológicas, resgata o nascimento da medicina social numa perspectiva histórica que contribui para o entendimento das relações de poder no âmbito da saúde. Segundo ele, o surgimento da medicina social compreende três momentos: 1) uma Medicina de Estado, centrada na melhoria do nível de vida da população, que se desenvolve na Alemanha no final do século XVIII; 2) no mesmo período, os franceses criam uma Medicina Urbana baseada em métodos de vigilância e hospitalização, com foco na higiene pública; 3) mais tarde, institui-se na Inglaterra um tipo de Medicina voltada para a força de trabalho, cujo objetivo era “essencialmente um controle da saúde e do corpo das classes mais pobres para torná-las mais aptas ao trabalho e menos perigosas às classes mais ricas” (FOUCAULT, 1979, p. 97).

A passagem da medicina coletiva, com alicerces em um modelo estrutural de poder para a medicina privada, sujeita ao mercado, não se deu com a consolidação do capitalismo entre séculos XVIII e XIX; ao contrário, o capitalismo socializou o corpo enquanto força de produção voltada para o trabalho. Nessa concepção, o corpo torna-se objeto de controle da sociedade sobre o indivíduo. Conforme descreve Foucault (1979, p. 80), foi no biológico, no somático e no corporal, sobretudo, que a sociedade capitalista investiu, considerando o corpo como uma realidade biopolítica.

Foucault (2000) analisa a história dos saberes como processos de rupturas e descontinuidades que provocam descolamentos e transformações. Para ele, o saber produz sujeitos do conhecimento:

Nenhum saber se forma sem um sistema de comunicação, de registro, de acumulação, de deslocamento, que é em si mesmo uma forma de poder, e que está ligado, em sua existência e em seu funcionamento, às outras formas de poder. Neste nível, não há o conhecimento de um lado, e a sociedade do outro, ou a ciência e o Estado, mas as formas fundamentais do 'poder-saber' (FOUCAULT apud OJEDA, 2004, p.36).

O autor destaca que é também no século XVIII que a medicina assume um lugar cada vez mais importante nas estruturas administrativas e na maquinaria de poder, postura que não para de se expandir e de se afirmar. Afinal, o excesso de poder do qual se beneficia o médico, sendo ele o ponto de convergência da saúde em diferentes instâncias de poder,

comprova, desde então, a interpretação do que é político e médico na saúde (FOUCAULT, 1979, p. 202).

O esforço de contextualização histórica para a discussão sobre a saúde justifica-se para que se possa pensar as questões desse campo de maneira articulada a processos sociais, culturais e políticos em que estão presentes estratégias, jogos de saberes e poderes que buscam impor e legitimar regimes de verdades e desmontar outros. Isso porque, como sugere Foucault (1979), o processo de surgimento da saúde e do bem-estar físico da população em geral tornou-se um dos objetivos essenciais do poder político, tendo em vista que se vive em um regime no qual uma das principais finalidades da intervenção estatal é o cuidado com o corpo, a saúde corporal, a relação entre a saúde e as enfermidades (FOUCAULT, 1979, p. 196; OJEDA, 2004, p. 55-59).

Diante dos interesses econômicos e políticos sobre a saúde enquanto saber científico emergem práticas preponderantemente técnicas sobre as quais se desenvolvem diversas profissões na área da saúde, cada vez mais especializadas e fragmentadas. Além disso, a evolução do cuidado de si coloca o sujeito em permanente dependência do outro e, portanto, dos profissionais de saúde, sobretudo o médico, como uma exigência obrigatória e naturalizada. Essa relação é constantemente reafirmada pela mídia, no sentido de que uma boa saúde, entendida como ausência de doenças, depende de um acompanhamento constante, sistemático e vigilante do outro, no caso, o médico (OJEDA, 2004, p. 57-64).

Enquanto no século XIX o Estado reconheceu e assegurou o direito ao cuidado da doença, o século XX saudou um novo direito do homem: a saúde, compreendida, sobretudo, como o direito à assistência médica. De acordo com Almeida Filho (2011), a saúde porta valores de vida, manifestos como parte da cidadania global contemporânea e como direito social, além de constituir-se como um bem comum, um serviço público, o qual deveria em tese ser acessível a todos através de serviços públicos em sociedades democráticas. Nesta perspectiva, considerada quase utópica pelo autor, a saúde configura-se uma meta inalcançável, um valor ideal (ALMEIDA FILHO, 2011, p. 145).

Os determinantes da saúde são hoje tão biológicos, genéticos e/ou ambientais quanto econômicos, sociais, culturais e psicológicos. Entretanto, entendemos que a concepção mais universal de saúde dá margem à medicalização no campo social. Tal concepção positiva de saúde, como mera ausência de doença se desdobra no entendimento de que as ações médicas se estendem ao campo social, não se restringindo aos cuidados com as dimensões físicas e mentais dos indivíduos e ainda, que independente do estado, seja ele de saúde ou de

doença, trata-se de uma questão médica (PINHEIRO E MEDEIROS apud COSTA, 2013, p. 69).

Desta maneira, os debates da saúde configuram-se indissociavelmente da problemática das iniquidades sociais em saúde. Entretanto, diante de uma conjuntura econômica em que o neoliberalismo avança na organização dos entes públicos e privados, a saúde, atrelada ao capitalismo, tem sido cada vez mais entendida como mercadoria, o que aumenta as dificuldades de provisão e atendimento dos indivíduos pelos Estados de bem-estar social. O crescimento ostensivo das indústrias de medicamentos, equipamentos e de planos de saúde, bem como clínicas de estética e de exames laboratoriais complexos tem imposto uma nova lógica, na qual a saúde passa a ser comercializada com vultosos lucros acompanhados de uma constante percepção de ineficiência pública.

3.2 GOVERNAMENTALIZAÇÃO DO ESTADO E O PODER SOBRE A VIDA

Para compreendermos as articulações entre o Estado e as políticas públicas de saúde é importante considerar como o Estado moderno “governa”, bem como as noções de governo social e as relações de poder que se entropuseram sobre os corpos e a vida dos indivíduos. Desse modo, destacamos que, ao falar do Estado-nação moderno, referimo-nos à definição de um território de governo e um projeto para administração das atividades e das vidas daqueles que pertencem a este território (MILLER E ROSE, 2012, p. 73).

Desta perspectiva, o governo deve ser entendido, para além do seu sentido de gestão dos Estados e de estruturas políticas, designando também a forma de dirigir a conduta dos indivíduos ou dos grupos: governo das comunidades, das famílias, dos doentes. Isto é, o governo não age somente sob formas legítimas e instituídas de sujeição política ou econômica; pelo contrário, deve ser tomado como o conjunto de modos de ação mais ou menos calculados, porém todos destinados a agir sobre as possibilidades de ação dos indivíduos. Neste sentido, governar é estruturar o eventual campo de ação dos outros (FOUCAULT, 1995, p. 244).

Já o governo no sentido da ação política, por outro lado, é aquele que, por meio dos métodos, técnicas e mecanismos, administra um Estado ou uma região. Sendo assim, os atos políticos-governamentais dizem respeito à aplicação prática de procedimentos administrativos efetuados “pela racionalidade política tendo em vista a otimização do espaço público, um melhor ordenamento das relações de convivência e um maior controle sobre as

pessoas e coisas que circulam dentro do território que está sob a alçada de um poder estatal” (SANTOS, 2010, p. 13).

Miller e Rose (2012, p. 39), por sua vez, argumentam que a noção de governo remete a autoridades sociais que têm buscado administrar a vida de indivíduos e de associações. Segundo eles, para analisar o governo moderno é necessário prestar atenção especial ao papel conferido a mecanismos indiretos de alinhamento da economia e da conduta social e pessoal com objetivos sociopolíticos. Destaca-se, neste sentido, que foi a partir do século XVIII que as autoridades de governo se voltaram para o controle de processos inerentes à população, sobretudo ao conjunto de leis que envolvem questões como produção de riqueza, saúde e longevidade.

Neste esteio, os estudos de Foucault (2007) mostram que o exercício de poder sobre o corpo e sobre a vida dos indivíduos, por meio de práticas como a tortura e a punição corporal pública, por exemplo, fazia parte dos atos de poder político no período medieval e permaneceram mais ou menos inalteradas até o início da modernidade. Ao longo de sua obra, é possível perceber que o autor aponta, em linhas gerais, três grandes modelos de exercício de poder: o soberano, o disciplinar e o biopoder.

De acordo com o autor, até o século XVII era o poder soberano que incidia sobre os homens e limitava suas liberdades, apropriando-se de seus bens e decidindo entre causar a morte ou deixar viver. Já no século XVIII, emergem sistemas disciplinares modernos e uma nova tecnologia política dos corpos, o que Foucault chamou de “anátomo-política”. Trata-se agora de escolher entre causar a vida e devolver à morte aos homens sob a tutela do Estado (SANTOS, 2010, p. 22; RABINOW E ROSE, 2006, p. 28).

O modelo disciplinar de poder, por sua vez, ocorre entre o final do século XVIII e início do século XIX. Surge neste momento como modelo político, a biopolítica, no qual a preocupação com a vida é racionalizada via práticas governamentais de exercício de poder em que se controla a saúde, a higiene, a natalidade, a longevidade e questões raciais. Neste sentido, portanto, nasce também um novo modo de poder, o biopoder, representando a potência de morte que o poder do soberano simbolizava sendo recoberta pela administração dos corpos e pela gestão calculista da vida (FOUCAULT, 2007, p. 152; FOUCAULT, 2008, p. 431).

O conceito de biopoder é caro a este trabalho uma vez que se relaciona intimamente com as questões que conectam o governo à saúde. Quando introduziu este termo, no final de suas aulas no *Collège de France de 1975-6 – Em defesa da sociedade (2002)* –, Foucault se referia a fenômenos históricos específicos: 1) início das políticas de intervenção

sobre taxas de natalidade e sobre doenças que acometem as populações, em nome da higiene pública; 2) medidas para coordenar a assistência médica, problemas de idade avançada e acidentes a serem tratados por meio de mecanismos de seguridade; 3) questões relativas às raças e o impacto disso sobre as condições geográficas, climáticas e ambientais, notadamente na cidade (FOUCAULT, 1999).

Segundo Rabinow e Rose (2006) o conceito de biopoder foi proposto depois de dez anos de pesquisas em torno da genealogia do poder sobre a vida nos séculos XVIII e XIX³¹. Foucault chegou a proferir conferências sobre as políticas de saúde no século XVIII no Japão e no Brasil, tendo em vista que os membros de seu seminário estavam produzindo estudos históricos detalhados do papel da medicina e do planejamento das cidades, das fábricas navais reais e, ainda, pelo fato de que estavam sendo implementados experimentos sobre como produzir e regular formas de maximizar as habilidades dos corpos da população e do indivíduo como um objetivo do poder. Os autores afirmam que o conceito de biopoder, assim como o de disciplina, foi cunhado precisamente baseado numa análise histórica ou genealógica, não devendo ser considerado trans-histórico ou metafórico (RABINOW E ROSE, 2006, p. 32).

Para Foucault (1999) o biopoder não emerge ou sustenta um único bloco de poder, grupo dominante ou conjunto de interesses. Ainda que o autor tenha inicialmente relacionado à biopolítica empreendimentos regulatórios dos Estados em desenvolvimento, reconheceu que as grandes regulações que proliferaram durante o século XIX também são encontradas em toda uma série de institutos no nível do sub-Estado, tais como instituições médicas, fundos de bem-estar, segurança etc. (RABINOW E ROSE, 2006, p. 32).

É nesta época que a ideia de um governo “do ponto de vista social”, começou a tomar forma. Segundo Miller e Rose (2012), o argumento se baseava em salvar o empreendimento privado, para transformar os sujeitos em cidadãos sociais, com direitos sociais. Dizia respeito ao Estado como o principal responsável pelo bem-estar do indivíduo, mas exigia estratégias para fazer isso sem destruir a moralidade e responsabilidade individuais. Este tipo de governo tornou-se técnico mediante a invenção do seguro social, do bem-estar social, e da concepção da própria “vida social”.

Foi a partir deste ponto que Michel Foucault começou a desenvolver seu conceito de governamentalidade, cujo intuito era apreender o surgimento e as características de variadas formas de problematizar e agir sobre a conduta coletiva e individual em nome de

³¹ Rabinow e Rose (2006, p. 32) observaram que estas aulas foram proferidas no mesmo ano em que o primeiro volume de História da Sexualidade foi publicado na França, e que, afora uns poucos comentários, Foucault nunca retornou a este tema novamente.

determinados objetivos que não tem sua origem ou ponto de referência no Estado. O autor definiu governamentalidade como um “conjunto formado pelas instituições, procedimentos, análises e reflexões, os cálculos e as táticas que permitem o exercício desta bastante específica, se bem que complexa, forma de poder” (FOUCAULT, 1979a, p. 20; RABINOW E ROSE, 2006, p. 32).

Miller e Rose (2012) afirmam ser possível identificar múltiplas governamentalidades, as quais englobam mentalidades, formas de pensar e tecnologias que podem ser entendidas como instrumentos de intervenção. Dessa forma, o ‘governo’ constitui-se como um complexo entrelaçamento de procedimentos para representar e intervir, ou seja, de racionalidades que tornam a realidade pensável e de tecnologias de governo, mecanismos através dos quais autoridades têm buscado normalizar, instrumentalizar e modelar a conduta, os pensamentos, as aspirações e as decisões dos outros, a fim de alcançar os objetivos que eles consideram desejáveis (MILLER E ROSE, 2012, p. 46).

No entanto, como ressalta Santos (2006, p. 48) não se trata de uma ordem temporal, com a sociedade de soberania sendo substituída por uma sociedade disciplinar e em seguida pelo governo. O que ocorre é uma triangulação articulada entre soberania, disciplina e gestão governamental à qual se somam dispositivos e procedimentos racionalizados de uma gestão política da vida, no intuito de administrar o complexo conjunto de indivíduos tomados sob a forma de uma espécie, de uma população. Desta forma, seja no âmbito micro ou macro, o que se verifica são: os dispositivos disciplinares, os dispositivos de segurança, os exames, a aplicação de normas, o cálculo estatístico de todos os aspectos concernentes à população como natalidade, mortalidade, doenças, alimentação, etc.

Com o propósito de dar respostas aos problemas que surgiram em diversos lugares do corpo social, acontece uma proliferação dos programas de governo no século XIX, em que se estabelecem complexas alianças entre o Estado e entes privados e profissionais – filantropos, médicos, instituições de caridade, por exemplo. Na segunda metade daquele século, o aparato do Estado é progressivamente conectado a estes programas e esquemas, oferecendo a oportunidade ou impondo a obrigação, das autoridades políticas, de calibrarem, calcularem e gerenciarem assuntos sociais, econômicos e morais (MILLER E ROSE, 2012, p. 92).

A crescente preocupação dos governos com a gestão da sociedade civil pode ser vista a partir do momento em que o estado reconhece o trabalho como critério de distinção para a incorporação nas políticas públicas, ao mesmo tempo em que a saúde passa a ser entendida como importante mecanismo para racionalização da coletividade. Isto é, concebe-se

uma percepção do que é saúde, sob a qual se instituem mecanismos de exercícios do poder, os quais se apresentam de maneira discursiva na medida em que se define os sentidos das palavras e das coisas em saúde (via medicina, saúde coletiva etc.). Como veremos no próximo tópico, esta configuração será expressa mais tarde, das formas mais variadas, nos sistemas de saúde que se desenvolvem a partir das concepções advindas da materialização desses sentidos.

3.3 SISTEMAS DE SAÚDE E MODELOS DE PROTEÇÃO SOCIAL

A formação dos sistemas de saúde está intimamente relacionada à racionalidade e às tecnologias de governo encaradas pelo Estado como formas de intervenção na conduta e na vida da população. Assim, a maneira como cada país adota fontes de financiamento, gerencia e organiza o atendimento, a assistência e até mesmo concebe o conceito de saúde impactam a criação e a administração dos sistemas de saúde. Portanto, as características que os compõem estão atreladas a indicadores sociais, aspectos culturais, bem como aos rearranjos sócio-político-econômicos que interferem ao longo dos anos na legislação e na implementação desses sistemas.

Para se compreender a noção de sistemas de saúde é importante, primeiramente, que a questão da saúde seja entendida não apenas em sua dimensão de estado da vida. Segundo Paim (2009, p. 12), a saúde compõe um setor da economia no qual se produzem bens e serviços, prestados por estabelecimentos onde profissionais que dominam esta área do saber realizam ações de saúde. Com base nessas três dimensões, estado vital, setor produtivo e área do saber, as sociedades identificam as necessidades de saúde, buscam explicá-las e se organizam para enfrentá-las, o que abre espaço para ingerências econômicas, políticas e culturais.

Um sistema de saúde, de maneira simplificada, pode ser entendido como o conjunto articulado de agências e agentes com o objetivo principal de garantir a saúde das pessoas e das populações. No entanto, a este conglomerado de instituições, profissionais e estabelecimentos pode ser mais adequada a denominação de sistema de serviços de saúde, cujo fim direto é restaurar ou preservar a saúde, coletiva ou individual. Portanto, configura-se desejável a ampliação da ideia de sistema de saúde para além da simples prestação de serviços, considerando que também fazem parte dos sistemas aspectos ligados ao setor saúde, como a ‘medicina popular’, indústrias farmacêuticas e de equipamentos médico-hospitalares, assim como a mídia, escolas, financiadores, universidades, institutos de pesquisa etc. (PAIM, 2009, p. 13-16).

Conill (2006, p. 566), fazendo referência à Roemer, afirma ainda que um sistema de saúde compreende a combinação de quatro componentes fundamentais: recursos, organização, financiamento e gestão que, por sua vez, culminam na prestação de serviços às necessidades da população. Neste sentido, a autora destaca que existem três grandes funções que seriam essenciais na caracterização de um sistema de saúde: a regulação, o financiamento (se os sistemas são universais ou segmentados) e a prestação de serviços (se acontece de forma integrada ou fragmentada, por contratos públicos, com monopólio estatal, competição gerenciada ou de livre mercado).

Sob a perspectiva da constituição dos modelos de proteção social, Fleury (1994) sintetiza os principais aspectos que caracterizam os tipos de sistema de saúde: a seguridade, o seguro e a assistência. O primeiro tem como princípio a justiça e o acesso é universal; o segundo estrutura-se pela solidariedade e a obtenção de benefícios depende do vínculo de trabalho ou da filiação; o terceiro modelo baseia-se na caridade e o acesso está condicionado a provas de pobreza. Eleonor Conill (2006, p. 565) aponta a existência de pelo menos três grandes formatos de sistemas de saúde: o sistema de tipo empresarial-permissivo ou de mercado, praticado nos Estados Unidos; os seguros sociais públicos, como acontece na França e na Alemanha; e os sistemas ou serviços nacionais, realidade no Reino Unido e no Canadá.

Para a autora (2006, p. 568-569), os sistemas de saúde se diferem basicamente em relação às seguintes dimensões: 1) ao grau de cobertura, se universal ou segmentada; 2) ao equilíbrio entre as fontes de financiamento, se ocorre por meio de impostos, contribuições sociais, seguro público ou privado ou por pagamento direto; 3) ao grau de integração entre os agentes financiadores e os prestadores, ou seja, qual o número de agentes financiadores e se há a presença de um Ministério da Saúde ou de um Seguro Nacional; 4) se a propriedade dos serviços caracteriza-se como pública, privado-lucrativa ou filantrópica; 5) de acordo com as formas de remuneração e regulação dos profissionais, especialmente dos médicos, isto é, se o pagamento é efetuado por ato, salário ou captação e se há maior ou menor regulação.

No entanto, cabe destacar que apesar dessas divergências entre aspectos políticos, econômicos e culturais que tangenciam o setor saúde, os sistemas de saúde têm adquirido algumas características semelhantes. É o caso, por exemplo, da criação de políticas de saúde gradativamente mais inclusivas, dos avanços tecnológicos nas indústrias de medicamentos e equipamentos e, sobretudo, das inúmeras contradições produzidas pelo processo de transformação da doença em mercadoria altamente geradora de valor (CONILL, 2006, p. 563).

Entre os sistemas de saúde contemporâneos dificilmente verifica-se um “modelo puro”, tendo em vista que são criadas instituições de diferentes modelos de seguridade social, cujas variações se dão em cada país pelas diversas relações estabelecidas entre o Estado e as classes sociais. Todavia, cabe destacar que antes mesmo de se constituir a noção de seguridade social, no século XX, surgiram as primeiras iniciativas de conceder benefícios previdenciários em resposta às reivindicações das classes trabalhistas. Durante o governo do Chanceler Otto Von Bismarck, em 1883, a Alemanha instituiu o chamado modelo bismarkiano, o qual foi considerado como um sistema de seguros sociais pelo fato de suas características se assemelharem às de seguros privados. Neste modelo, o acesso aos benefícios é condicionado à contribuição direta de empregados e empregadores, baseada na folha de salários. Portanto, os direitos cobrem principalmente, e muitas vezes exclusivamente, os trabalhadores. Os benefícios, originalmente, foram organizados em entidades geridas pelo Estado, com participação dos contribuintes. Este modelo ainda sustenta os benefícios previdenciários em muitos países (BOSCHETTI, 2009, p. 2-3).

A crítica ao modelo bismarkiano surgiu durante a Segunda Guerra Mundial, em 1942, na Inglaterra, com a formulação do Plano Beveridge, no qual foi proposta a instituição do *Welfare State*. No sistema beveridgiano, o Estado se encarrega da gestão e o financiamento advém de impostos. Além disso, o sistema tem como princípios fundamentais a unificação institucional, a uniformização dos benefícios e os direitos têm caráter universal (BOSCHETTI, 2009, p. 1-2).

Para Miller e Rose (2012, p. 91-97), a linguagem “contratual” do programa Beveridge indica que o bem-estarismo é um modo “responsabilizador” do governo. A partir de então, muitas sociedades ocidentais tornaram-se Estados de bem-estar social, quando o Estado passou a buscar a garantia de altos níveis de previdência social, emprego, progresso econômico, moradia e saúde, mediante o uso de sistema de impostos e investimentos. No entendimento dos autores tal fenômeno foi mais o surgimento de um novo modo de governo das vidas econômica, social e pessoal dos cidadãos do que o nascimento de uma nova forma de Estado.

3.3.1 Os sistemas de saúde ao redor do mundo: uma perspectiva comparada

Com base no entendimento das vicissitudes e similitudes que perpassam os sistemas de saúde, como vimos no tópico anterior, pretende-se discutir, nesta subseção, a

relação entre o modelo de proteção social e os sistemas de alguns países, a fim de comparar os marcos de seu desenvolvimento com a realidade brasileira e, especialmente, com o SUS.

A instituição do SUS advém do propósito de implantar um sistema de saúde universal, destinado a atender a toda a população brasileira. Em geral, países que optam pela universalidade estruturam seus sistemas por meio da seguridade social ou do seguro social, conforme discutido até o momento. No caso do Brasil, a constituição da saúde está vinculada à cidadania, delimitando a seguridade social como modelo, isto é, a saúde é financiada, solidariamente, por toda a sociedade por meio de contribuições e impostos, como ocorre em países como Inglaterra, Canadá, Cuba e Suécia. O mesmo não acontece com países que optam pelo seguro social, como Alemanha, França e Suíça. Em sistemas deste tipo, os serviços de saúde são garantidos aos indivíduos que contribuem com a previdência social e aqueles que têm condições de pagar pela assistência médica podem procurar atendimento particular (PAIM, 2009, p. 17).

Existe ainda o modelo de assistência ou residual, praticado nos Estados Unidos, em que há restrições à participação do Estado. Nesse tipo de proteção social, parte significativa da população fica descoberta, sem ter acesso ao sistema de saúde, por não ter condições de pagar por um plano de saúde ou por atendimentos particulares. Nesta estrutura estadunidense de proteção residual e segmentada, a saúde é tida como um produto e possui, portanto, a sua lógica de mercado. Desta forma, mesmo aqueles que têm um seguro-saúde sofrem enormes restrições das empresas prestadoras para o acesso a diversos meios diagnósticos e tratamentos, pois o governo tem evitado regular esse mercado (PAIM, 2009, p. 19).

O modelo adotado pelo país também é chamado de pluralista empresarial permissivo. Como aponta Conill (2006, p. 574), os gastos com saúde são crescentes e consomem aproximadamente 18% do PIB, ainda que cerca de 50 milhões de americanos permaneçam descobertos pelo sistema de saúde e outros 25 milhões tenham cobertura precária. Vale ressaltar que os Estados Unidos são o único país desenvolvido a deixar o atendimento à saúde sob a responsabilidade da livre iniciativa, de forma que as pessoas recebem seguro pago pelo empregador ou compram, individualmente, o seu plano de saúde. A participação governamental restringe-se ao atendimento de idosos, através do Programa Medicare e a pessoas de baixa renda, pelo Programa Medicaid, ambos criados na década de 1960, nos governos dos presidentes democratas Kennedy e Johnson. (PAIM, 2009, p. 19-20).

Cabe afirmar ainda que, nas décadas de 1930 e 1940, foram realizadas tentativas de implementação de uma perspectiva de saúde universal nos EUA, mas todas elas acabaram

sendo derrotadas (PAIM, 2009, p.20). Mais tarde, em 1993, um movimento comandado por Hilary Clinton, durante o governo de Bill Clinton, propôs a implantação de um seguro universal. A proposta também não foi aprovada em função dos *lobbies* de grandes empresas de seguros, indústrias de medicamentos e farmacêuticas, hospitais privados e associações médicas, as quais conseguem grandes lucros com atual configuração da saúde (CONILL, 2006, p. 574; MOORE, 2007; PAIM, 2009). Além disso, o governo norte-americano criou ao longo dos anos uma série de programas e planos isolados no intuito de suprir algumas carências do sistema, sobretudo no que tange a saúde preventiva, mas ainda com foco mais evidente na saúde privada (CONILL, 2006).

As tentativas mais recentes de promover uma reforma na saúde dos Estados Unidos surgem na gestão do atual presidente, Barack Obama, com destaque para a maior participação do governo na saúde. As propostas de mudanças estão em tramitação no Congresso, mas os grupos de interesse na saúde privada e a oposição ao governo democrata têm se mostrado contrários a essas alterações, com a acusação de que o presidente quer socializar a saúde e aumentar o papel do governo na vida do cidadão norte-americano. Diante desta situação e com um discurso midiático conservador, foi sugerido à população a possibilidade de racionamento nos serviços e a impossibilidade de escolher seu plano de saúde ou manter o contato com o seu médico de costume. Neste caso, a aprovação de Obama não é positiva quando se trata de políticas públicas de saúde (PAIM, 2009, p. 21).

A resistência da população estadunidense às tentativas de implementar a universalização da saúde justifica-se, ao menos parcialmente, por um aspecto cultural. Afinal, a diversidade de coberturas e de modalidades existentes no país está relacionada ao caráter liberal da cultura estadunidense no que se refere aos programas governamentais. O cuidado com a saúde nos EUA sempre foi considerado um problema individual, e as ações coletivas permaneceram restritas aos pobres e aos incapazes de se inserir no competitivo mercado da saúde nos Estados Unidos (CONILL, 2006, p. 570-571). Neste esteio, pode-se dizer que esta ideologia dominante, que reforça a individualidade e a competição, secundariza em alguma medida valores como a solidariedade e a igualdade, e dificulta a organização de um sistema em função das necessidades da população. Soma-se a esse aspecto outro fator contrário à garantia do direito à saúde universal, a presença de interesses econômicos no setor, configurando um grande complexo-médico-industrial orientado para o lucro (PAIM, 2009, p. 22).

Se este cenário da saúde nos EUA se mantiver inalterado, estima-se que em 2019 a verba para o setor chegue a 21% do PIB, ainda que 54 milhões de pessoas não tenham

acesso a serviços de saúde (PAIM, 2009, p. 20). Os gastos do governo americano com a saúde crescem em proporções não condizentes com a garantia de acesso aos serviços, o que se reflete nos indicadores e níveis de saúde da população. Isso ocorre em função da especulação financeira movimentada pelo mercado da saúde que imprime valores cada vez mais altos aos seus serviços.

Apesar de aparentemente parecerem simples tipologias, esses modelos de seguridade e de prestação de serviços em saúde acabam se configurando híbridos em muitos países. Na França, por exemplo, o pluralismo e a medicina liberal também são princípios do sistema de saúde, com o diferencial de somar a eles o princípio da solidariedade. O país investe cerca de 10% do seu PIB na saúde, sendo que mais de 70% destes recursos advém de fundos públicos. De acordo com a literatura, o sistema francês é dos melhores do mundo se considerada a proporção entre os recursos empregados e o acesso a serviços e indicadores de saúde da população. Enquadrado no modelo de seguro público (*Securité Sociale*), o financiamento dos serviços no sistema de saúde francês advém de impostos e de contribuições de empregados e empregadores, os quais contribuem e são beneficiários da *Caisse Nationale d'Assurance Maladie* (CNAMTS). Com base no princípio da solidariedade, o seguro social garante a contribuição independente dos riscos individuais de adoecimento do indivíduo (CONILL, 2006, p. 575).

Além disso, uma lei instituída em 2000 possibilitou a cobertura universal de saúde no país ao incluir a pequena parcela da população que não contribui ou é beneficiária da CNSMMS (menos de 20%) e, anos mais tarde, garantiu a cobertura pelo sistema a todos os residentes legais na França. O sistema francês ainda possui uma particularidade: a possibilidade de os usuários serem reembolsados mediante comprovação dos gastos e copagamento para um conjunto de procedimentos. Todos esses serviços são bem regulamentados pelo Estado, havendo medidas de contenção de gastos e adequação dos modelos de atenção. Predomina nos seguros de saúde franceses uma lógica de cooperação fortemente arraigada na cultura do país, pois a maior parte deles é operada por associações mutuais sem fins lucrativos; além disso, pessoas muito doentes ou com custos elevados podem pleitear isenções de taxas (CONILL, 2006, p. 575-576).

De acordo com a autora, a medicina na França desenvolveu-se com base em uma estrutura hospitalar. Os hospitais de Paris, por exemplo, foram muito importantes para a constituição do saber médico, sobretudo da semiologia. Os franceses protagonizaram também as primeiras transformações na medicina e nos modelos de atenção, no qual o hospital foi modificando gradativamente o seu caráter de único recurso ao atendimento dos pobres e

indigentes – em que o modelo dominante era a filantropia – para se tornar uma instituição de prestígio, no qual se realiza além da assistência, o ensino e a pesquisa. Atualmente, a atenção à saúde é oferecida em consultórios privados e em hospitais públicos e privados, sejam eles lucrativos ou filantrópicos (CONILL, 2006).

O sistema francês, apesar de mais solidário e equânime, possui alguns problemas em função do pluralismo e a ênfase na prática liberal. Assim como ocorre no modelo dos Estados Unidos, a França enfrenta dificuldades no que tange a integração, a coordenação das ações, as práticas de prevenção e a promoção de saúde. Os franceses, todavia, não se queixam de demora no atendimento, reclamação que é comum entre os ingleses.

A Inglaterra possui desde julho de 1948 o Serviço Nacional de Saúde do Reino Unido (*National Health Service* – NHS), o qual tem sido considerado um modelo de socialização de serviços de saúde – modelo social este rechaçado pelos estadunidenses em função das justificativas empregadas na justificção de seu modelo. De acordo com as informações apresentadas por Moore (2007) em seu documentário sobre as diferenças entre os sistemas de saúde no mundo, a implementação do NHS foi facilitada pelo contexto do pós-guerra, pois a população argumentava que se o país dispunha de recursos e de situação de pleno emprego para sustentar a guerra, com o fim dela, haveria recursos para subsidiar serviços de saúde a toda a população, sem a necessidade de um seguro e sem distinguir condições de pobreza.

Além disso, a importância das políticas sociais para o desenvolvimento econômico havia sido enfatizada no Relatório Beveridge, em 1942. Desta forma, a Inglaterra foi o primeiro país a garantir o acesso universal à saúde, com financiamento fiscal e assistência regionalizada, em que a “porta de entrada” no sistema³² acontece pela presença do clínico geral. Essas razões fizeram do NHS referência para alguns movimentos sanitaristas dos anos 1970, como é o caso da Reforma Sanitária Brasileira (CONILL, 2006, p. 586-587).

Os princípios do NHS são válidos para todo o Reino Unido, composto por Inglaterra, Escócia, País de Gales e Irlanda do Norte. O investimento do PIB na saúde gira em torno de 7,7%, sendo que mais de 80% desse valor corresponde a gastos públicos, o maior percentual de financiamento público na região (CONILL, 2006, p. 586). Ao longo dos anos o NHS enfrentou mudanças e transformações no seu modelo de gestão e atenção, das quais vale destacar a introdução de uma concepção empresarial – principal modificação nas políticas de saúde iniciadas no governo Thatcher. Neste cenário, os problemas do NHS, especialmente o

³² “Porta de entrada” é uma expressão utilizada nos estudos de saúde para designar o mecanismo pelo qual se dá o primeiro contato do usuário com os serviços prestados pelo sistema de saúde.

das filas de espera, protagonizaram uma grande campanha deflagrada nos meios de comunicação, com a publicação em 1989 do *White Paper*³³ (Papel branco – tradução nossa) intitulado *Working for Patients* (Trabalhar para pacientes – tradução nossa). As propostas contidas neste documento completaram a tendência empresarial que caracterizou este período, acarretando o rompimento com a regionalização e introduzindo a separação entre compradores e prestadores com a implantação, a partir de 1991, do chamado mercado interno, (CONILL, 2006, p. 589).

Com o Partido Trabalhista no poder, em 1997, assume-se o compromisso de abolir o mercado interno priorizando a saúde pública, o monitoramento de desigualdades e da qualidade dos serviços. A partir de 1999, foram iniciadas as mudanças na forma de gestão que passou a ser mais descentralizada e com maior integração entre os serviços de atenção primária, saúde pública e serviços comunitários. Um plano intitulado *The NHS Plan, a Plan for Investment, a Plan for Reform* (O Plano NHS, um Plano para Investimento, um Plano para Reforma – tradução nossa) assegurou importantes investimentos para o período entre os anos de 2000 e 2010, com aumento de leitos, médicos, pessoal de enfermagem e recursos para diagnósticos, entre outros, cujo objetivo central foi a redução dos tempos de espera. Isso demonstra que a principal preocupação das políticas públicas no país tem sido garantir a equidade na atenção à saúde (CONILL, 2006, p. 590-592). O sistema de saúde do Reino Unido, portanto, enquadra-se no modelo de serviço nacional de saúde, enquanto a França segue o modelo de seguro social.

É nesta perspectiva, com semelhanças e diferenças em relação aos modelos desses países, que o Canadá implementou o seu sistema de saúde universal a partir do modelo de seguro nacional, na década de 1960. O país investe cerca de 10% do seu PIB na saúde, sendo que em média 70% dos recursos representam gastos públicos. Trata-se de um sistema fortemente descentralizado e com financiamento compartilhado entre o governo federal e as províncias. A gestão dos serviços é realizada de forma autônoma pelas províncias, considerando-se as determinações de um código legislativo federal que estabelece como princípios a universalização, a gestão pública, a integralidade ou caráter completo da assistência e a transferibilidade, cujos direitos são garantidos em todo o território canadense (CONILL, 2006, p. 579).

Os recursos são predominantemente públicos e baseados no orçamento fiscal, ao passo que a prestação de serviços fica a cargo da iniciativa privada com diversas formas de

³³ Os documentos propondo as políticas governamentais são submetidos para a discussão no parlamento e são conhecidos como *Green* ou *White Papers*.

credenciamentos e contratos. Dos hospitais, 95% são instituições sem fins lucrativos, administrados por organizações comunitárias, religiosas ou autoridades provinciais. Existe ainda o seguro privado, o qual é utilizado para o financiamento de serviços não cobertos pelo sistema público (CONILL, 2006, p. 580).

Algumas transformações ocorreram no sistema ao longo dos anos, sobretudo no que tange a integralidade dos serviços, a continuidade da atenção e a melhor gestão dos recursos. Entre essas ações, destaca-se a implementação dos Grupos de Medicina de Família, formados por médicos e uma equipe de enfermagem, cujo objetivo é garantir um maior número de serviços e melhor coordenação dos recursos da rede pública em função da necessidade de cuidados, principalmente dos pacientes crônicos (CONILL, 2006, p. 585).

A abordagem sobre sistemas de saúde elencados até aqui preocupou-se com as características de financiamento, prestação de serviços e garantias de direitos em países desenvolvidos da América no Norte e da Europa. Esses países, no entanto, possuem alta renda *per capita* e sistemas econômicos capazes de sustentar os sistemas de saúde da forma como são estruturados. No entanto, em diferentes cenários sociais, políticos e econômicos podem emergir diferentes tipos de sistema de saúde e seguridade.

No caso dos países das Américas Central e Latina a situação político-econômica é bastante diferente. O processo de modernização nesses países, bem como o fato de terem tido sua independência tardia das metrópoles europeias geraram grandes desigualdades que precisam ser enfrentadas, inclusive, no âmbito da saúde e da gestão das instituições. Este problema acontece em escala muito menor em países desenvolvidos, onde a desigualdade social é menos latente (CONILL, 2006, p. 594).

A trajetória dos sistemas de saúde desses países foi influenciada, desde o período colonial, por características advindas das metrópoles ou dos países centrais. Inicialmente, organizaram-se estruturas governamentais, com departamentos de saúde e mais tarde instituídos os Ministérios de Saúde, voltadas principalmente para a saúde materno-infantil e para doenças infecciosas, com forte papel das Fundações americanas na normatização dos programas e ações de saúde pública. A assistência médica era feita por instituições religiosas e de caridade, como as Santas Casas e as Beneficências, as quais se sedimentaram a partir da primeira metade do século XX como modalidades de seguros sociais destinados à classe trabalhadora (CONILL, 2006, p. 595-597).

No Brasil o Estado de bem-estar social chegou tardiamente em comparação com os países da Europa ocidental, por exemplo. A lógica do seguro social estabeleceu os critérios de acesso à previdência e à saúde desde 1923 até a Constituição de 1988 (Boschetti, 2009),

quando foi instituída a seguridade social e foi estabelecido que a saúde é direito de todos e dever do estado, fazendo referência à garantia do acesso universal e igualitário às ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação. Com base nesses princípios foi criado o SUS, considerado a materialidade institucional do movimento da Reforma Sanitária Brasileira e integrado por um conjunto de ações e serviços públicos, organizados em rede, de forma regionalizada e hierarquizada. O SUS constitui um sistema de saúde dinâmico e complexo, cujo objetivo é “prover uma atenção abrangente e universal, preventiva e curativa, por meio da gestão e prestação descentralizadas de serviços de saúde, promovendo a participação da comunidade em todos os níveis de governo” (PAIM *et al*, 2011, p.11).

Entretanto, como destaca Murtinho (2012, p. 198-202) esse atraso na formação do sistema único, de caráter público e universal, acabou acarretando em uma contradição. Afinal, no final da década de 1980, quando foi criado o SUS, o momento era de avanço do neoliberalismo em todo o mundo, e diversos países, entre eles o Reino Unido, de Margaret Thatcher, efetivaram mudanças em seus sistemas de saúde visando desonerar o Estado da responsabilidade sobre as políticas públicas. Desta maneira, o Brasil também representa o hibridismo dos modelos de proteção, afinal, embora na Constituição brasileira o modelo seja de seguridade social e de saúde universal, a prática de serviços de saúde é livre à iniciativa privada e o financiamento não se configura majoritariamente público. Isso ocorre, porque o sob a lógica do capitalismo, o Brasil implantou um modelo de seguridade social sustentado predominantemente na lógica do seguro, o que configura um sistema híbrido de proteção social, ao conjugar direitos derivados e dependentes do trabalho, para a previdência, com direitos de caráter universal, no caso da saúde, e direitos seletivos no âmbito da assistência (BOSCHETTI, 2009, p. 8; PAIM, 2009, p. 17-23). Dessa forma, é possível considerar que no âmbito da gestão, financiamento e regulação da saúde:

Quanto mais centralizada a gestão e menor o número de fontes de financiamento, maior o rendimento e a capacidade de controle; quanto maior a presença do setor privado, menor controle e rendimento; formas de remuneração médica por salário, captação ou por intermédio de terceiros são menos onerosas que o pagamento por ato ou diretamente pelo paciente (CONILL, 2006, p. 566).

Portanto, o maior distanciamento da seguridade social da lógica de seguro e a maior proximidade com a lógica social pode garantir mais acesso a direitos e benefícios. Observa-se a partir da perspectiva comparada dos sistemas de diferentes países, que em última instância, eles expressam também os valores e as opções políticas ante as necessidades da população não apenas a disponibilidade de recursos em cada país (BOSCHETTI, 2009; CONILL, 2006, p. 563).

Destaca-se também a reflexão de Fleury (2013) a respeito das idiossincrasias do sistema de saúde brasileiro. Para a autora, o conservadorismo político e religioso da população brasileira são alguns dos entraves que perpassam a construção de políticas públicas de saúde efetivas de atendimento à população. Ela alerta que a presença de valores conservadores, em paralelo ao incentivo ao consumismo e ao empreendedorismo individual tem sobreposto as formas solidárias de sociabilidade e os mecanismos institucionais de proteção social pública. Esse movimento, cujas consequências políticas e sociais ainda estão por ser avaliadas, afasta a população brasileira dos ideais da democracia social que foram materializados no texto constitucional e “tem sido capaz de transformar o projeto original do Estado de bem-estar social (*welfare state*) em um Estado de gestão empresarial e militarizada (*warfare state*)” (FLEURY, 2013).

Nesta perspectiva, Magno e Paim (2015, p. 10) complementam afirmando que no âmbito da saúde, nem a sociedade nem o Estado brasileiro têm priorizado a política pública representada pelo SUS. Diante deste cenário, Ocké-Reis (2015) acredita em um “processo de americanização” do sistema de saúde brasileiro tendo em vista a expansão do mercado de serviços de saúde alinhada com o modelo estadunidense. Este processo em curso, só pode ser alterado, segundo ele, se a capacidade de articulação do bloco progressista for suficiente para contornar a correlação de forças na sociedade e no governo que tem seguido a tendência de abertura para o setor privado na saúde brasileira.

3.3.2 A saúde no Brasil antes do SUS

Discutimos até o momento a incorporação da saúde como política pública dos Estados de bem-estar social, preocupados com a racionalidade pública de bens, recursos e serviços. As políticas neoliberais adotadas na Europa e nos Estados Unidos, no entanto, representam o enfraquecimento das funções políticas dos Estados, o que compromete a prestação de serviços, especialmente no âmbito da saúde. Observamos que o Brasil seguia a tendência dos países desenvolvidos de atribuir ao Estado a responsabilidade pelos serviços de saúde, numa perspectiva solidária, e que, rapidamente, esse percurso começou a ser transformado pela economia política do capitalismo.

Nesta subseção, propõe-se a discussão de como a saúde se estruturou no Brasil a partir do período colonial. São reconstituídos alguns embates entre a saúde pública e saúde privada no decorrer do século XX e a forma pela qual o SUS revolucionou a concepção, as práticas e os desafios da saúde do país. Com o propósito de entender o que existia antes do

SUS, utilizaremos a perspectiva histórica apresentada por Paim (2009), buscando compreender as conquistas e os avanços do sistema, além de identificar as constantes possibilidades de retrocesso das políticas públicas de saúde no Brasil diante da ascensão da lógica neoliberal.

No período colonial do Brasil (do século XV ao século XIX) o saneamento e a profilaxia de doenças endêmicas e questões relativas ao trabalho médico eram espelhadas na metrópole, Portugal, de forma que para conseguir ser atendido por um médico era necessário enviar uma carta ao rei. As autoridades locais se ocupavam somente dos problemas de higiene e a assistência aos pobres ficava a cargo das Santas Casas – a primeira, fundada em 1543, por Brás Cubas, em Santos. Com a transferência da família real para o Brasil, em 1808, as responsabilidades da saúde pública começam a se desenhar, especialmente com a reforma dos serviços sanitários ocorrida durante o Império, que incluía as primeiras medidas voltadas para proteção de crianças e adolescentes no trabalho das fábricas, enquanto a ação comunitária organizava-se a cada episódio relevante de saúde, como em casos de epidemias, por exemplo. Desta forma, a organização sanitária brasileira no final do Império era rudimentar e centralizada, os que possuíam recursos buscavam médicos particulares, ao passo que a caridade e a filantropia se ocupavam em cuidar dos pobres e indigentes.

A partir da proclamação da República, em 1889, os estados passam ter responsabilidade sobre as ações de saúde, podendo-se considerar como o embrião da saúde pública que se conhece hoje. Na passagem do século XIX para século XX, quando despontava a industrialização no Brasil, a saúde passou a ser vista como questão social que exigia o envolvimento da sociedade e do poder público. Ao longo do século, a preocupação com a saúde ganha mais espaço, bem como a ideia de uma prática política voltada para a mudança das relações sociais, tomando a saúde como referência (PAIM, 2009).

Paim (2009, p. 27-28) descreve um “não-sistema” de saúde em função da omissão do poder público na questão. Segundo ele, durante a República Velha (1889-1930) prevalecia uma concepção liberal do Estado em que este só deveria intervir caso o indivíduo sozinho ou a iniciativa privada não fosse capaz de prestar o atendimento necessário. Ao longo do século, este “não-sistema” foi se formando, tendo como principal marca a separação entre a assistência médico hospitalar e as ações de saúde pública – característica esta que ainda hoje configura-se como desafio para a manutenção das políticas públicas de saúde, materializadas pelo SUS.

Neste mesmo período, epidemias de febre amarela, varíola e peste impuseram ao poder público a adoção de medidas de saneamento, de combate a vetores e de vacinação

obrigatória. Desde 1910, ocorria um movimento pela mudança da organização sanitária no país, com a realização de campanhas – lideradas por Oswaldo Cruz e Carlos Chagas, entre outros – e reformas dos órgãos federais. Foi criado o Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP) e uma estrutura permanente de serviços de saúde em áreas rurais, embora as ações fossem episódicas e voltadas para doenças específicas. Naquela época a saúde não era entendida como questão social e também não existia um Ministério responsável pelo setor. As campanhas de saúde lembravam operações de guerra e as ações eram inspiradas no que o autor chama de “polícia sanitária” (PAIM, 2009, p. 29).

Segundo Paim (2009, p. 33) o sistema público de saúde no Brasil nasceu por três vias, a saúde pública, a medicina previdenciária e a medicina do trabalho, identificando-se ainda, a medicina liberal, as instituições filantrópicas e a chamada medicina popular. Em 1953, quando o Ministério da Saúde³⁴ foi instituído, verificou-se a transformação de muitas campanhas sanitárias em órgãos ou serviços responsáveis por doenças, como febre amarela, tuberculose e lepra, pela fiscalização sanitária e pela saúde da criança. No entanto, até 1975, o orçamento do Ministério não chegava a 1% dos recursos públicos da área federal.

Se as formas de administração e as responsabilidades no âmbito da saúde se modificavam a passos lentos naquela época, as condições de saúde da população foram alteradas de forma significativa. Reduziam-se os índices de natalidade e mortalidade, e progressivamente, crescia a incidência de doenças crônicas e degenerativas, ao passo que as doenças infecciosas e parasitárias se tornaram menos frequentes.

As preocupações com medicina previdenciária originaram políticas públicas apenas em 1930, com as caixas de aposentadoria e pensões e a criação de um instituto para cada categoria de trabalhadores. Com exceção do Instituto de Previdência e Assistência dos Servidores do Estado (Ipase), todos os demais institutos foram unificados no Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), em 1966. Desta maneira, apenas os brasileiros que possuíssem vínculo com o mercado de trabalho formal e com carteira assinada tinham acesso à assistência médica, hospitalar e farmacêutica da previdência social, porém, o financiamento dessas ações dependia da sobra de recursos, ou seja, “a saúde não era uma prioridade” (PAIM, 2009, p. 33-34). O autor afirma ainda que, com as contribuições previdenciárias, o Estado se capitalizou e os recursos do INPS foram desviados para investimentos na economia:

³⁴ Em 1930 foi criado o Ministério da Educação e Saúde, o qual foi desdobrado em 1953 em Ministério da Saúde e Ministério da Educação e Cultura.

Com recursos oriundos dos institutos, foram construídas a Siderúrgica Nacional na Ditadura Vargas; a ponte Rio-Niterói, a Transamazônica e a Usina de Itaipu no período militar; e nos momentos de democracia os recursos da previdência foram utilizados na construção de Brasília (tempos de JK) e no pagamento da dívida dos bancos (governos FHC e Lula) (PAIM, 2009, p. 34).

A assistência médico-hospitalar cresceu na passagem da década de 1940 para 1950, mas aumentaram também os convênios e contratos da previdência com hospitais particulares e beneficentes. Prevaleceu a opção pelo setor privado para os segurados da previdência, ao invés de ampliar a infraestrutura pública de serviços de saúde. Além disso, foi desenvolvida e intensificada a medicina empresarial e tecnológica durante os governos militares.

Diante deste cenário, a medicina liberal ganha força caracterizada pela autonomia do profissional em definir os preços, os horários, o local de atendimento e a total gestão de seus instrumentos de trabalho. No entanto, a crescente utilização de equipamentos e de meios de diagnóstico e tratamento passou a concorrer com essa liberdade médica, substituindo o exercício liberal da medicina pela medicina empresarial. Conforme destaca Paim (2009), são poucos médicos, atualmente, dispensando o emprego público e convênios com empresas e planos de saúde, que vivem apenas da medicina liberal (PAIM, 2009, p. 36).

Diante da perspectiva apresentada, é possível afirmar que os negócios da medicina empresarial foram se diversificando. Exemplo disso pode ser observado com a criação de diferentes tipos de seguro que possibilitavam a assistência médica para trabalhadores e familiares, como Caixa de Assistência dos Funcionários do Banco do Brasil (Cassi). Recentemente, essas iniciativas foram transformadas em uma nova modalidade do setor de saúde suplementar, denominada “planos de autogestão”.

Na segunda metade da década de 1960, surge a medicina de grupo. Nesta modalidade, um tipo de empresa de assistência médica prestava serviços a uma grande empresa industrial, a exemplo da indústria automobilística, mediante pré-pagamento. Desta forma, as empresas evitavam que os seus trabalhadores buscassem assistência médica da previdência social e, em contrapartida, eram dispensadas de pagar parte de suas contribuições previdenciárias. Nessa época também surgiram as cooperativas médicas, com a proposta de combater o que a Associação Médica Brasileira denunciava como “empresariamento da medicina”. Entretanto, apesar das lutas ideológicas, as cooperativas médicas passaram a funcionar de modo similar à medicina de grupo (PAIM, 2009, p. 37).

Observa-se neste sentido, uma crescente medicalização da sociedade combinada ao privilégio dado à assistência médico-curativa em detrimento da saúde pública. Afinal, como nos mostra Paim (2009, p. 32), os recursos federais destinados à saúde pública no final

da década de 1940 correspondiam a 80% enquanto a assistência médica individual contava com apenas 20%. Em 1964 a saúde pública perdeu recursos, enquanto a assistência médica passou a ter a maior fatia do montante.

Outra investida mercadológica na saúde tem início entre as décadas de 1970 e 1980. Com o surgimento das empresas de seguro saúde, distintos planos de saúde passam a ser vendidos no mercado. A criação do Sistema de Assistência Médica Suplementar (Sams) ilustra o crescimento da iniciativa privada no Brasil. O órgão englobou todas as atividades de medicina empresarial: autogestão, medicina de grupo, cooperativas médicas e seguros saúde, todos eles caracterizados pelo pré-pagamento. Como ressalta Paim (2009, p. 30), percebe-se naquele momento uma forte aproximação entre o sistema de saúde brasileiro e o estadunidense. Concomitantemente, instituições e organização públicas e privadas prestavam os serviços de saúde, de forma que milhões de pessoas ficavam excluídas da atenção ou recebendo serviços de baixa qualidade.

Em 1975 foi sancionada a lei que criava o Sistema Nacional de Saúde e definia as responsabilidades de seus componentes, o que reforçou em certa medida o orçamento do Ministério da Saúde. A partir dela foram implantados programas de extensão da cobertura de serviços de saúde e de controle de doenças. No âmbito da medicina previdenciária, em substituição ao INPS foi criado o Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (Inamps), porém permanecia a garantia de atendimento somente a trabalhadores com carteira assinada. Quem podia pagar recorria a consultas médicas particulares, mas o restante da população (que era a maioria), só poderia buscar atendimento nas Santas Casas, em postos de saúde e nos hospitais universitários – nos quais a prestação dos serviços era gratuita, mais bastante precária (CASTRO E SILVA apud COSTA, 2013, p. 81).

O cenário de movimentação pela democratização da saúde no Brasil foi fortemente impactado pelo contexto internacional, sobretudo pelas novas definições de organizações mundiais para as ações em saúde. Com o patrocínio da OMS e do Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef), realizou-se em 1978 a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, em Alma-Ata, na União Soviética, hoje Cazaquistão. A Declaração de Alma-Ata, assinada por 134 países, defendeu o direito à saúde como um direito humano fundamental e apresentou uma meta para governos, organizações internacionais e toda a comunidade mundial: “que todos os povos do mundo, até o ano 2000, atinjam um nível de saúde que lhes permita levar uma vida social e economicamente produtiva”.

Dentre os trechos desta declaração, destaca-se também o que reforçava a concepção ampliada de saúde; aquele que reconhecia como inaceitável a desigualdade das

condições de saúde entre os povos, seja em diferentes países ou dentro dos próprios países; e ainda o outro trecho que definia “cuidados primários” e destacava não apenas aspectos relacionados ao processo de saúde-doença e do setor saúde, mas também condições econômicas, socioculturais e política dos países, envolvendo, portanto, outros setores como a produção de alimentos, a indústria, a educação, a habitação, as obras públicas e as comunicações. O texto ressaltou também a necessidade da participação social no planejamento e no controle das políticas de saúde (OPAS/OMS, 1978).

Outro documento repercute, anos depois, o novo entendimento da saúde bem como o caráter primordial da participação popular no destino das políticas de saúde. A “Carta de Ottawa”, assinada por 38 países em 1986, estabelece que “fatores políticos, econômicos, sociais, culturais, ambientais, comportamentais e biológicos podem tanto favorecer como prejudicar a saúde” (OPAS/OMS, 1986, p. 1-2). Além disso, o documento enumera algumas condições que são importantes também no âmbito da saúde, são eles: moradia, paz, alimentação, educação, renda, um ecossistema estável, recursos sustentáveis, justiça social. O documento aponta ainda que a promoção da saúde envolve diversas esferas da vida humana na constituição do que é saúde para o indivíduo e seus respectivos grupos:

Mais importante, a promoção da saúde demanda uma ação coordenada entre todas as partes envolvidas: governo, setor saúde e outros setores sociais e econômicos, organizações voluntárias e não-governamentais, autoridades locais, indústria e mídia. As pessoas, em todas as esferas da vida, devem envolver-se neste processo como indivíduos, famílias e comunidades. Os profissionais e grupos sociais, assim como o pessoal de saúde, têm a responsabilidade maior na mediação entre os diferentes, em relação à saúde, existentes na sociedade (OPAS/OMS, 1986, p. 2).

Ainda neste sentido, o documento define as pessoas como “o principal recurso para a saúde”; e estabelece como metas “apoiá-las e capacitá-las para que se mantenham saudáveis a si próprias, às suas famílias e amigos, através de financiamentos e/ou outras formas de apoio”; e por fim “aceitar a comunidade como porta-voz essencial em matéria de saúde, condições de vida e bem-estar” (OPAS/OMS, 1986, p. 05).

Todo este novo ideário mundial repercutia na América Latina de forma que nas décadas de 1970 e 1980, com o dismantelamento de ditaduras militares e a redemocratização, foram buscadas alternativas de reformas tanto no modo de vida quanto reformas setoriais. É neste momento que ideias como participação comunitária, igualdade, equidade e democratização de direitos entraram em cena, também no âmbito da saúde. No caso brasileiro, a participação da comunidade se mostrava uma alternativa para a superação do autoritarismo característico dos governos militares. Em seguida, verificou-se a repetição de muitos elementos presentes nas reformas realizadas em países centrais, sobretudo aquelas de caráter neoliberal, como a privatização, a descentralização, o estímulo à competição entre

prestadores, o estabelecimento de copagamentos, assim como a ênfase na atenção primária ou na focalização de programas para grupos vulneráveis (CONILL, 2006, p. 595-597; PAIM, 2009, p. 50).

Tendo em vista este panorama a respeito dos sistemas de saúde pelo mundo e a forma como os governos lidam com a saúde – seja colocando-a sob a tutela pública ou atribuindo responsabilidade aos indivíduos –, este trabalho considera que a diversidade de configurações observada depende em larga medida de aspectos culturais, econômicos e históricos de cada país, levando-se em consideração as desigualdades sociais, a disponibilidade de recursos e a forte pressão exercida por grupos interesse, assim como ocorreu na institucionalização do SUS no Brasil. Com base neste sobrevoo a respeito dos sistemas de saúde e nos conceitos desenvolvidos nas seções anteriores, este trabalho dispõe-se a verificar de que forma os sentidos que atravessam a saúde encontram-se materializados nas páginas de jornais de referência no país.

4 SUS: DA CONSTITUIÇÃO ÀS PÁGINAS DOS JORNAIS

Nos capítulos anteriores discutiu-se a formação do campo da Comunicação e Saúde, partindo-se do caráter de centralidade da mídia na mediação de processos sociais como é o caso da saúde. Tendo em vista que o foco do presente trabalho se concentra na análise dos sentidos sobre a política pública de saúde brasileira, debateu-se o processo de constituição, desenvolvimento e amadurecimento do SUS nestes 27 anos de história com base nas temáticas abordadas pelas Conferências Nacionais de Saúde que aconteceram nesse período. Isso porque, ao serem o espaço de representação social e deliberação da sociedade sobre as políticas de saúde, as conferências representam as vozes que tradicionalmente são negligenciadas pelos meios de comunicação.

Em seguida, foram problematizadas questões referentes à formação dos Estados levando-se em consideração que no modelo de políticas sociais implantado no Brasil recai sobre o Estado a responsabilidade sobre a gestão, financiamento e regulação das ações de seguridade social à qual a saúde está vinculada. Neste cenário, fez-se necessário aprofundar as definições e conceitos do que se entende como sendo a “saúde” e, portanto, no que consiste a “doença”, estabelecendo-se as relações de poder e controle que se dão vida social. A perspectiva comparada também foi importante para verificar como os aspectos da saúde brasileira se assemelham e se diferenciam das experiências em outros países. Também é relevante compreender como a saúde se estruturava no Brasil antes da criação do SUS para atestar os avanços e desafios das políticas de saúde do país apresentam na atual conjuntura.

A partir destas temáticas, a pesquisa se dispõe neste capítulo a investigar os mecanismos discursivos pelos quais se impõem e se questionam “verdades” e saberes em torno da saúde. Para isso, esta dissertação apresenta uma leitura discursiva comparada das notícias publicadas pelos jornais *Folha de S. Paulo* e *O Globo* sobre as sete Conferências Nacionais de Saúde realizadas obrigatoriamente a cada quatro anos desde 1990. Os discursos dos jornais acabam por revelar as relações de poder que são movimentadas no campo da saúde, considerando os sentidos de saúde vocalizados e o papel do estado nas políticas públicas. Sendo assim, nosso intuito é verificar quais os sentidos de saúde, de saúde pública e de SUS que circulam em dois dos principais jornais impressos do país, além de buscar compreender de que forma são acionados os discursos hegemônicos quem remetem à gestão e ao financiamento insuficientes, bem como ao direito à saúde e a participação social.

4.1 MÍDIA JORNALÍSTICA E A PERSPECTIVA DISCURSIVA

Neste trabalho considera-se que o discurso midiático também é formado por interações com processos não midiáticos que permeiam a sociedade e que se modificam na medida em que se alteram as conjunturas históricas e sociais. Quando nos referimos a uma leitura discursiva fazemos referência a um fenômeno que consiste em pensar a comunicação numa perspectiva que considera a interlocução dos participantes como um processo complexo, no qual se transcende composições estáticas, congeladas em polos opostos estanques de emissão e recepção.

Deste ponto de vista, consideramos a centralidade do jornalismo no processo de elaboração e circulação de informações na medida em que chama para si a posição de relator da realidade e de produtor de narrativas únicas e verdadeiras. A partir desses mecanismos, o jornalismo, em alguma medida, acaba por silenciar as relações de poder que se fazem presentes na construção de seus enunciados. Desta maneira, evidencia-se que os sentidos produzidos, mantidos e transformados pelos discursos da mídia jornalística encontram-se em constante disputa.

Essa concepção dialoga com a perspectiva de Foucault (2008a), ao afirmar que em qualquer sociedade existem relações de poder múltiplas que atravessam, caracterizam e constituem o corpo social. Segundo ele, tais relações não podem estar dissociadas e, tampouco, se estabelecer ou funcionar sem que haja uma produção, uma acumulação e uma circulação em funcionamento do discurso. O autor ressalta que embora esta seja uma característica comum a diferentes sociedades, especialmente na que ele chama de “nossa”, as relações entre poder, direito e verdade se organizam de uma forma especial, isto é, estamos submetidos à produção da verdade por relações de poder (FOUCAULT, 2008a, p. 179-180).

Nesta sociedade – caracterizada pelas relações de poder que perpassam os discursos – os meios de comunicação, em especial os meios jornalísticos, têm expressiva participação na vocalização/silenciamento dos discursos que circulam na arena pública. Sendo assim, abordaremos o jornalismo, neste trabalho, como o espaço de estabilização dos sentidos, tendo em vista que, ao ser atravessado por diferentes discursos desenvolve formas de estabilização desses enunciados heterogêneos. De acordo com Vilella (2015, p. 34), o jornalismo, ao ser pensado discursivamente, é o lugar legitimado socialmente, de construção e de seleção tanto do dito quanto do não-dito. O jornalismo também se naturalizou como o detentor do discurso sobre o real, configurando-se como um espaço de interpretação partilhada dos acontecimentos públicos cotidianos.

Neste sentido, Sodré (2009, p. 41) afirma que apesar de o relato jornalístico ser realmente uma “construção”, realizada a partir de uma subjetividade que provém da combinação de outros relatos, sobretudo das fontes, deve-se considerar a existência de uma “presunção de imparcialidade” que caracteriza a atuação profissional do jornalista. Segundo ele, a notícia é desenvolvida com a pretensão de que o acontecimento adquira o estatuto de fato, dando sentido ao que ocorreu e possibilidades de previsão quanto ao que ainda está por vir. Desta perspectiva, o autor complementa que embora o poder do jornalismo possa parecer frágil ante ao Estado, ele representa um espaço onde se entrecruzam outras estratégias de poder da sociedade civil tipificadas em sua luta pela hegemonia travada nas representações.

Considerando-se, portanto, que todo sujeito é requisitado a interpretar, sendo este o gesto fundamental para a produção do sentido, cabe ressaltar que os jornais são instituições de interpretação. Uma vez que esta noção de interpretação é central ao presente trabalho, tendo em vista a necessidade de compreensão das narrativas sobre saúde, deve-se levar em conta que para a análise do discurso³⁵ a interpretação sempre é entrecortada por mecanismos que alteram a composição dos sentidos (VILELLA, 2015, p. 35).

De acordo com Orlandi (2005, p. 16), “os estudos discursivos visam pensar o sentido dimensionando no tempo e no espaço das práticas do homem, descentrando a noção de sujeito e relativizando a autonomia do objeto da linguística”. Neste âmbito, considera-se que os meios de comunicação são pensados enquanto espaço de constituição e transformação de sentidos sociais e, mais do que isso, de constituição e transformação de sujeitos do discurso, partindo-se da premissa teórica de que sujeito e sentido constituem-se mutuamente (ORLANDI, 2007).

Sob este prisma, vale ressaltar que a análise se debruça sobre o “discurso” e não sobre o “conteúdo” ou a “mensagem”, por exemplo. Para a AD, o discurso é entendido como efeito de sentidos entre interlocutores, ou seja, ele não existe por si mesmo, mas só em um espaço entre sujeitos. Dessa forma, o discurso é a palavra em movimento é a prática de linguagem. Neste âmbito, o processo comunicativo se dá não a partir da transmissão de informação através de uma mensagem e nem concebe a separação entre emissor e receptor. Na verdade, ambos estão realizando ao mesmo tempo o processo de significação, para isso a

³⁵ A Análise do Discurso (AD) é uma teoria e metodologia de análise que surgiu na década de 1960, filiada aos estudos estruturalistas que explicavam a língua enquanto um sistema, em que os seus elementos poderiam ser definidos de acordo com a relação de oposição e concordância entre eles, formando uma estrutura. As correntes filosóficas pós-estruturalistas acrescentaram a essa teoria a influência da história e a noção de sujeito, como é o caso da AD, avança não se debruçando apenas sobre a língua, mas voltando-se para o discurso. A teoria se constituiu relacionando três disciplinas: a Linguística, o Marxismo e a Psicanálise (ORLANDI, 2005).

AD utiliza o termo “interlocutor” para designar os polos diante da complexidade do dizer (ORLANDI, 2005).

Ao lançarmos nossos olhares discursivamente sobre a materialidade textual dos jornais, estamos nos referindo a uma estrutura que envolve sujeito, linguagem e história, levando em conta que a linguagem tem sua materialidade e seu funcionamento baseado na relação estrutura/acontecimento (ORLANDI, 2012, p. 151). A teoria dos discursos entende a língua para além de códigos com significado preestabelecido e estável que pode ser, portanto, decodificável. Desta maneira, não existe repasse de significados, os sentidos são antes dinâmicos, instáveis e negociáveis. Logo, múltiplas são as possibilidades de leitura de qualquer material significante – como, por exemplo, os sentidos de saúde. A língua é tida como a materialidade específica do discurso que, por sua vez, é a materialidade específica da ideologia³⁶, pois “não há discurso sem sujeito, e não há sujeito sem ideologia” (ORLANDI, 2005, p. 17).

Portanto, os sentidos não estão apenas nas palavras, mas na relação com a exterioridade, com o sistema de significação em que o indivíduo se inscreve – formado pela língua, pela cultura, pela ideologia e pelo imaginário –, nas condições em que eles são produzidos e que não dependem somente das intenções dos sujeitos. Fala-se, portanto, da noção de “interdiscurso” (ORLANDI, 2005, p. 30). Daí a ilusão de sermos a origem do que dizemos - quando, na realidade, retomamos sentidos pré-existentz:

As palavras não são só nossas. Elas significam pela história e pela língua. O que é dito em outro lugar também significa nas “nossas” palavras. O sujeito diz, pensa que sabe o que diz, mas não tem acesso ou controle sobre o modo pelo qual os sentidos se constituem nele (ORLANDI, 2005, p. 32).

Quando entendemos esse efeito da ideologia na linguagem, percebemos que a produção do discurso e suas múltiplas possibilidades de interpretação são necessariamente reguladas por um conjunto de regras anônimas e historicamente determinadas que se impõem a todo sujeito. Um sentido é sempre aquilo que poderia ser dito, naquela conjuntura específica, por aquele sujeito em particular, instado ideologicamente a dizer uma coisa e não outra. Ao dizer, necessariamente nos filiamos a certas redes de sentidos e não outras, o que em AD denominamos como formações discursivas. O discurso constitui-se em seus sentidos porque se inscreve em uma formação discursiva e não noutra para ter um sentido e não outro.

³⁶ Michel Pêcheux (1997) constituiu o funcionamento da ideologia no discurso tomando como base Althusser e sua tese de que os sujeitos são interpelados por ela através dos aparelhos ideológicos do estado. Para ele, no Estado, a ideologia interpela o sujeito através de aparelhos ideológicos tais como: família, igreja, escola, partidos políticos, sindicatos, entre outros, que se diferenciam de aparelhos repressivos, como o emprego da violência por exemplo.

As formações discursivas, por sua vez, representam no discurso as formações ideológicas (ORLANDI, 2005).

Diante de um texto, cabe ao analista de discurso a tarefa de compreender como ele significa, isto é, descobrir quais sentidos o atravessam no intuito de encontrar as regularidades da linguagem em sua produção. O analista de discurso, portanto, relaciona a linguagem à sua exterioridade e munido de um dispositivo analítico – criado por ele a partir da questão que se quer investigar e em função do domínio científico ao qual ele vincula seu trabalho –, vai mapear as formações discursivas que o compõem, considerando como elas se vinculam às formações ideológicas (ORLANDI, 2005, p. 43-44).

Além de não ser livre de determinações, a produção do discurso é desigualmente distribuída na formação social (Foucault, 1970), já que não é todo mundo que pode interpretar de acordo com sua vontade. Conforme explica Orlandi (2005, p. 10), “há especialistas, há um corpo social a quem se delegam poderes de interpretar (logo de ‘atribuir’ sentidos), tais como o juiz, o professor, o advogado, o padre, etc.”. Ou seja, há modos de se interpretar, sempre “administrados” na história, nunca soltos. Assim, o discurso, enquanto prática social é o espaço no qual se dá a luta pelo poder e pela univocidade da interpretação, própria a qualquer comunicador, a qualquer falante. Daí o conceito de regularidade discursiva, que permite dar conta dos regimes de verdade e das relações poder/saber, ou seja, um padrão de comunicação que se sustenta no tempo, no qual se expressa uma maneira especial de entender, representar e transmitir o sentido da realidade (FOUCAULT, 2009).

Esta análise considera o conceito discursivo de metáfora em que ela é entendida como o deslocamento, o deslize dos sentidos. Ela marca a própria condição de incompletude da linguagem, de forma que nem sujeitos nem sentidos estão completos. Para Orlandi, os enunciados podem apontar para um sentido, entretanto, existem pontos de deriva que abrem espaço e permitem que outras interpretações sejam possíveis. Sendo assim, todo enunciado é passível de ser interpretado de formas diferentes, variando de acordo com o sujeito e sua relação com a língua e a ideologia. Entretanto, essa oscilação de possibilidades não deixa de indicar que o processo de significação é regido, administrado de alguma forma, justamente por abertura ele é vulnerável à determinação, à estabilização, à institucionalização e à cristalização. Segundo ela, a função-autor³⁷ organiza o discurso na textualidade com começo, meio, progressão, não-contradição e fim, o que torna alguém responsável juridicamente pelo dizer. Nesse processo, a função-autor também direciona o efeito de sentido que pretende

³⁷ Para a AD a função-autor consiste em uma função do sujeito legitimada em nossa sociedade, que atribui uma origem para os textos, sendo, portanto, uma produção cultural moderna.

produzir no interlocutor de sua textualidade. O ato da interpretação do sujeito, por sua vez, é nomeado como efeito-leitor. Essa posição é considerada um efeito, pois nela “aparecem os movimentos de entrega e de recusa à materialidade do texto face à memória e as condições de produção de todo discurso” (ORLANDI, 2001, p. 66; ORLANDI, 2005, p. 52-53).

Com base nestes conceitos, podemos dizer que o discurso jornalístico é perpassado por mecanismos de linguagem que alteram a natureza dos acontecimentos de forma ideológica, pois há uma natural tentativa de fechamento de sentidos em esquemas simplificados da realidade que transformam o mundo complexo em um universo compreensível. Nesta construção, o jornalismo apaga a historicidade e ao mesmo tempo produz os sujeitos em sua narrativa. É desta maneira que a mídia jornalística promove a circulação das interpretações de forma singular, em boa medida orientada por uma lógica produtiva própria. De acordo com o Orlandi (2007a, p. 96) a mídia constitui um grande evento discursivo de circulação da linguagem sendo, portanto, um acontecimento que impõe sua maneira de gerir os gestos de interpretação. Desta forma, ela opera sempre com base na distinção do que se deve apreender como literal (unívoco) e do que admite plurivocidade interpretativa.

A autora define que o gesto de interpretação é um ato no nível do simbólico localizado nas proximidades da materialização da ideologia pela história. Sob este prisma, a interpretação configura-se sempre como um ato político, permeado por relações de poder, podendo ser considerada a textualização do político. A direção em que a interpretação acontece, ou seja, o gesto de interpretação é determinado a partir da historicidade, por meio de mecanismos ideológicos de constituição tanto dos sentidos quanto dos sujeitos – de forma perceptível ou não para eles e/ou seus interlocutores (ORLANDI, 2007a, p. 22).

Segundo Oliveira (2015) a potencialidade de codificar e disseminar informações que caracteriza a mídia jornalística converteu-a em grande aliada do campo da saúde ao popularizar diversos tipos de nexos em torno das questões que atravessam este campo, com destaque para a divulgação do funcionamento das políticas e serviços de saúde disponibilizados à população. Entretanto, o autor destaca que muitas vezes os dispositivos jornalísticos ao transformarem esses assuntos em notícias, se confundem com os interesses das fontes, seja ele explícito ou velado, de influir na linha editoria do jornal. Estas fontes são predominantemente instituições científicas, políticas, políticos, cientistas, especialistas, autoridades, setores de pesquisa e complexo industrial-farmacêutico. Utilizando-se dos discursos dessas fontes para compor suas narrativas, o jornalismo se transforma em uma espécie de consultório público de forma que muitas matérias estão centradas no

aconselhamento e na orientação do indivíduo sobre como adotar determinadas atitudes e comportamentos ditos saudáveis atestados pelos avanços científicos e pelas práticas discursivas dos especialistas.

Neste sentido, o autor aponta também a outra face do jornalismo que está relacionada às controvérsias científicas, tragédias, falhas e ineficiência dos serviços ou dos especialistas, instituições e governos na área da saúde. Neste contexto são comuns os discursos em torno da falta de pessoal, de médicos, imperícia dos especialistas, falhas técnicas e corrupção. Porém, ele ressalta que as narrativas das mídias jornalísticas sobre a saúde são resultado de intensas disputas simbólicas, tensão e conflitos tendo em vista as divergências entre a natureza discursiva e os objetivos axiológicos que são preconizados por cada um. Estes fatores definem e particularizam os modos de dizer, nomear e interpretar os acontecimentos, os atores e as situações sociais. Desta forma, portanto, as narrativas da mídia jornalística são ordenadas e pautadas de acordo com o que se julga ser o imaginário contemporâneo da saúde, dando especial destaque aos fatores de risco e às variáveis que interpreta como ameaças e problemas que dificultam ou impedem a saúde individual e coletiva (OLIVEIRA, 2015, p. 35-38).

Não se deve perder de vista a perspectiva política de Murtinho (2012) a respeito da ação midiática em relação à ideologia neoliberal. Segundo ele, a mídia atua como elemento fundamental na estratégia neoliberal de transformação dos serviços públicos em espaços propícios à acumulação de capital. Para ele, em referência à Leys, ocorre um processo de “mercadorização”, no qual se explicita a transformação de bens públicos em mercadorias, como aqueles em curso no sistema de saúde em diversos países. É desta maneira que Leys identifica quatro etapas principais da estratégia descrita, a qual deve ser precedida pela desqualificação do Estado como responsável pelas políticas públicas: 1) os bens ou os serviços devem ser reconfigurados para que possam precificados e ser comercializados; 2) os indivíduos devem ser induzidos a querer comprá-los; 3) a mão-de-obra envolvida em seu fornecimento deve transformar-se de pessoas que trabalham para atingir objetivos coletivos com uma ética de serviço em pessoas que trabalham para produzir lucro aos donos do capital, ordenados pela disciplina de mercado; 4) o capital que vai para um campo que antes não era um mercado precisa ter o risco bancado pelo Estado (LEYS apud MURTINHO, 2012, p. 202).

Com base no arcabouço teórico e nas ferramentas provenientes da análise de discurso, concomitante ao levantamento da base de dados dos jornais, é possível sugerir categorizações e formas de captação das significações construídas acerca de percepções de

saúde pública institucionalizadas pelas diversas instâncias produtoras de sentido presentes na sociedade. É deste prisma que esta pesquisa observa os sentidos de saúde construídos a partir da sedimentação da saúde enquanto campo e dos constantes atravessamentos que permeiam a sua interface com a comunicação e a adaptação do estado diante das demandas públicas.

4.2 DISCURSOS SOBRE AS CONFERÊNCIAS NACIONAIS DE SAÚDE

Os aspectos de contextualização e problematização das temáticas abordadas por este trabalho foram discutidos até aqui com o propósito de fundamentar os elementos que serão debatidos na análise do discurso dos jornais *Folha de S. Paulo* e *O Globo* sobre as Conferências Nacionais de Saúde realizadas após a criação do SUS. Desta forma, as questões que perpassam a comunicação na sua interface com a saúde, seus conceitos e definições, bem como o entendimento de que a saúde se configura como um dos principais objetos de domínio e intervenção do Estado e as noções de sistemas de saúde e saúde pública serão fundamentais a partir de agora. Reiteramos, no entanto, que este estudo não tem a pretensão de dar conta das inúmeras minúcias que compõem a evolução do sistema de saúde brasileiro, tendo em vista que se trata de um objeto altamente complexo, em constante transformação e com desdobramentos em um percurso histórico extenso. Desta maneira, buscamos dar destaque para as informações relevantes à compreensão das questões centrais desta pesquisa.

O intuito deste trabalho é mapear os discursos que atravessam os textos dos referidos jornais sobre as CNS, visando identificar para quais sentidos esses textos apontam, funcionando como meio de vocalização, silenciamento, autorização e desautorização das vozes diante dos embates de forças acerca dos sentidos de saúde, saúde pública e SUS. Além disso, buscamos compreender de que forma os jornais produzem, mantem e transformam esses sentidos ao longo do tempo, e de que maneira os discursos hegemônicos de subfinanciamento e má gestão se constituem e o modo como direito à saúde e o controle social são referenciados.

Essa análise não tem como objetivo significar a saúde pública no jornal, tampouco remete ao descobrimento de sentidos ocultos no texto. O que se pretende é interrogar o texto com base no seu processo de significação, buscando compreender de que forma diferentes sentidos sobre saúde foram construídos, a partir de quais posições, afetados por quais formações discursivas. É importante destacar que embora consideremos o jornal como uma entidade composta por múltiplas materialidades, texto, imagem, cores, diagramação, dimensionamento na página, publicidades, etc., o foco desta pesquisa se concentra em uma

análise do funcionamento dos discursos e da mobilização sentido da materialidade textual, escrita. Quando nos referimos à materialidade estamos tratando de uma forma de fato material, não abstrata e empírica, em que não se separa forma e conteúdo. Trata-se de uma forma linguístico-histórica, significativa (ORLANDI, 2005, p. 53).

O *corpus* desta análise, portanto, é composto pelas notícias encontradas nos acervos digitais dos jornais *Folha de S. Paulo* e *O Globo*, por meio da busca pelo termo Conferência Nacional de Saúde, considerando-se que por regra jornalística o evento deve ser referenciado pelo seu nome completo na primeira aparição em cada texto. Inicialmente, cogitou-se buscar pelo referido termo num período de três meses – o anterior à conferência, aquele em que foi realizada e o mês seguinte. Começamos pelo mês de realização, partindo do princípio de que nele encontraríamos mais ocorrências e verificamos que os outros meses praticamente não tratavam das Conferências. Diante disso, optou-se por restringir o recorte para somente os meses em que foram realizadas as conferências em cada ano: 1) agosto de 1992, 9ª CNS; 2) setembro de 1996, 10ª CNS; 3) dezembro de 2000, 11ª CNS; 4) dezembro de 2003, 12ª CNS; 5) novembro de 2007, 13ª CNS; 6) novembro/dezembro de 2011, 14ª CNS; 7) dezembro de 2015, 15ª CNS.

Para coletar o material da *Folha*, acessamos o seu portal na internet e buscamos no acervo as notícias referentes ao objeto. O processo de levantamento das matérias ocorreu por meio do campo de pesquisa “busca detalhada”, no qual foi selecionado todo o acervo do jornal. Em seguida, preenchemos o campo “com todas as palavras” com os termos Conferência Nacional de Saúde, filtrando pelo período específico do mês de realização em todos os “Cadernos” e “Temas”.

No acervo do jornal *O Globo*, a busca também foi realizada pelo site. Foi utilizado para preenchimento do campo de pesquisa “Todas as palavras” o termo Conferência Nacional de Saúde. Na sequência, filtrou-se pela década, pelo ano e pelo mês de realização. Optou-se pela busca com todas as palavras da expressão para evitar que os algoritmos dos sites acabassem não apresentando alguma matéria relevante a este trabalho caso buscássemos pela expressão exata. Desta forma, o filtro utilizado resultou em um grande volume de matérias, das quais foram selecionadas apenas aquelas que mencionavam diretamente a Conferência Nacional de Saúde daquele ano.

Desta maneira, o total de produtos jornalísticos a serem analisado compreende um universo de 41 materialidades textuais que se manifestaram em diferentes formatos jornalísticos (reportagens, notícias e notas), sendo 25 recorrências na *Folha de S. Paulo* e outras 16 no jornal *O Globo*, conforme o Quadro 1:

Quadro 1 – Notícias coletadas por ano em cada jornal.

	<i>Folha de S. Paulo</i>	<i>O Globo</i>
Agosto de 1992 – 9ª CNS	8	4
Setembro de 1996 – 10ª CNS	3	1
Dezembro de 2000 – 11ª CNS	4	2
Dezembro de 2003 – 12ª CNS	7	1
Novembro de 2007 – 13ª CNS	2	6
Novembro/Dezembro de 2011 – 14ª CNS	0	1
Dezembro de 2015 – 15ª CNS	1	1
Total	25	16

Fonte: Elaboração própria.

Verificou-se uma desproporção entre o número de matérias veiculadas pelos dois jornais ao longo do recorte temporal, sendo que apesar da *Folha de S. Paulo* ter publicado um número maior de matérias sobre as conferências do que *O Globo* durante todo o período, ela não veiculou nenhuma notícia sobre a 14ª CNS, em 2011.

Uma vez coletadas as notícias que compõem a análise, foram selecionados os enunciados de acordo com sua filiação a uma mesma família de paráfrases, ou seja, a formulações do mesmo dizer sedimentado. Este mecanismo é fundamental a esta análise diacrônica, pois vai possibilitar a percepção do deslocamento e a estabilização dos discursos – processo pelo qual se constituem sentidos sobre as conferências e sobre saúde pública no decorrer dos 23 anos em que são realizadas. Para a AD, o funcionamento da linguagem está fixado na tensão entre a paráfrase e a polissemia, esta última marcada pelo deslocamento e pela ruptura dos processos de significação (ORLANDI, 2005, p. 36).

Os conceitos e mecanismos apresentados acima irão auxiliar para que esta análise seja capaz de dar respostas às seguintes questões de investigação: de que forma a mídia jornalística produz e circula sentidos sobre saúde e saúde pública? O SUS e a saúde pública são associados às Conferências? As conferências, por sua vez, são vocalizadas como espaço institucionalizado de participação social? Esses sentidos se alteram ao longo dos anos? Se sim, de que maneira? Se não, quais são os discursos e de forma são modificados?

Por meio desta problematização será possível identificarmos as ideologias manifestas nos textos jornalísticos, ao analisarmos de que forma a mídia produz sentidos sobre saúde, saúde pública, SUS e sobre as conferências. Nesta perspectiva, buscaremos perceber as marcas de historicidade e de relações de poder na produção das identidades, as

quais a afetam os dizeres atuais marcados pelo interdiscurso e pela memória discursiva. Destacamos, neste contexto, a ideologia como a correlação necessária entre a linguagem e o mundo, do efeito imaginário de um sobre o outro, no qual o sujeito se coloca como fonte do dizer e naturaliza a posição de onde realiza seu ato de fala.

Analisaremos discursivamente como dois dos maiores jornais impressos em circulação no país constroem, mantem e transformam os sentidos sobre as questões que perpassam a saúde pública brasileira após a criação do SUS. Cabe explicitar que escolha destes jornais se deu também por conta da viabilidade de acesso ao acervo e da possibilidade de consulta às páginas de forma unitária. Além disso, ambos pertencem a dois dos grandes grupos que controlam os meios de comunicação no Brasil, sendo capazes assim de influir e pautar tantos outros veículos, impressos, digitais, televisivos e de rádio, que circulam informação na sociedade brasileira.

Após a busca pelo termo “Conferência Nacional de Saúde”, selecionamos os enunciados que fazem referência a três eixos temáticos: 1) Conferências e participação social; 2) Gestão pelo Estado e 3) Financiamento. Para facilitar a identificação dos enunciados de cada jornal classificamos as matérias da *Folha de S. Paulo* de TF01 a TF25, numerando os enunciados de E01 a E92. No caso do *O Globo* a identificação das notícias foi feita de TG01 a TG16, e os enunciados de E01 a E54. Desta maneira, cada enunciado é composto pelo par TF01: E01 ou TG01: E01, por exemplo. Feito isso, verificamos as regularidades que apareceram em cada eixo temático constituindo as famílias parafrásticas, e a partir de então, foram mapeadas formações discursivas. Trata-se de uma análise de dois jornais que por vezes assume um caráter comparativo, embora não seja nosso objetivo analisar separadamente a forma que *Folha* e *O Globo* produzem sentidos, mas sim como ambos estão inseridos em uma rede de produção, transformação e manutenção de discursos que em alguma medida alimentam o imaginário sobre a saúde brasileira.

4.2.1 Uma análise dos sentidos que atravessam as conferências

Se as Conferências Nacionais de Saúde são a institucionalização da participação social na saúde e a arena de vocalização das demandas da população, elas também se configuram como espaço de materialização do direito à saúde, afinal, possuem papel deliberativo sobre os caminhos do setor.

Discursivamente, elas podem ser compreendidas então como um *locus* privilegiado de observação dos discursos sobre a saúde. Não todos, evidentemente, mas uma

arena em que formações discursivas se enfrentam, concorrem, aliam-se, vocalizadas por atores, que são os sujeitos e instituições em suas posições discursivas. As CNS então são o espaço em que se busca institucionalizar discursivamente o sentido de saúde pública, isto é, em que se procura “estabilizar”, como resultado de consensos e redução de dissensos possíveis, aquilo que pode e deve ser dito sobre a saúde pública brasileira.

Claramente, não é a conferência a única arena em que esta busca pelo efeito de evidência se dá. A iniciativa privada, as instâncias políticas discordantes e que estão fora da conferência e os meios de comunicação podem se mostrar como produtores de sentido outros do que seria “a” saúde pública brasileira.

Desta maneira, é importante observar que a relação dos jornais com a conferência não é apenas de uma suposta “representação” de uma reunião, de um encontro, ou de um “evento” como algumas vezes os jornais pronunciaram. Mas de trabalho de sentidos sobre a conferência, a partir das posições-sujeito ocupadas pelos veículos - que são também “indivíduos institucionais”. O acontecimento discursivo da cobertura então é o espaço da reprodução e do retrabalho dos discursos produzidos no acontecimento da conferência, com toda sua heterogeneidade, o que mostra a complexidade do desafio posto ao analista.

Conforme discutido nos capítulos anteriores a conceituação oficial de saúde criada pela OMS define-a de forma genérica como o “estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não meramente ausência de doença ou incapacidade”. A Constituição Federal do Brasil, por sua vez, estabelece que a saúde deve ser entendida como uma garantia universal e inalienável, ou seja, “direito de todos e dever do Estado”. Desta maneira, o Estado brasileiro deve assegurar a toda população do país a garantia do completo estado de bem-estar físico, mental e social, e não apenas o acesso a serviços de cuidado e tratamento do doente. Com base nesta concepção, a Lei Orgânica da Saúde instituiu o SUS, cujas diretrizes e princípios compreendem este entendimento plural do sentido de saúde e se inserem no campo da saúde coletiva, entendendo o indivíduo como um ser social que deve ser visto na complexidade das circunstâncias que o rodeiam. Portanto, aspectos econômicos, educacionais, sociais e culturais influem nos determinantes da saúde.

Verificou-se que em boa parte das notícias as conferências foram abordadas apenas em seu caráter de acontecimento e a discussão do texto foi feita em torno de algum tema específico tratado na conferência. Isso também é perceptível ao observarmos que as notícias sobre as conferências são veiculadas em diversos cadernos, editoriais, colunas e artigos opinativos, por exemplo. Além disso, as questões político-partidárias, envolvendo o Executivo e o Legislativo, estão muito presentes nos discursos dos jornais ao referenciá-las,

sobretudo quando as conferências aconteceram em momentos de crise ou de disputa política. A menção aos presidentes da república é muito frequente, assim como a utilização de fontes autorizadas, institucionais e de governo, como ministros da saúde, secretários de estado e médicos, como se constata nos enunciados abaixo:

TF01: Diga 33

TF01: E01: Marcílio e Jatene participam de abertura da 9ª Conferência Nacional de Saúde. Lula, Delfim e Fernando Henrique também irão. Dependendo do andar da carruagem, **só a saúde política do governo** deverá entrar em pauta (04/08/1992 - Paineis - Brasil).

TG02: Para Jatene a crise é ética, política e moral

TG02: E05: Ao ser anunciado, Jatene foi aplaudido demoradamente pela plateia de cerca de três mil pessoas, que a seguir **pediram a saída do presidente** [Collor] (10/08/1992 - O País).

TF18: Tom oficial marca abertura de conferência

TF18: E59: Os movimentos de saúde têm ligação histórica com o PT, e setores do governo contam com uma postura de alinhamento nesta conferência - **diferentemente de outras, quando o PT era oposição**. Lula deve encerrar a conferência, na próxima quinta-feira (08/12/2003 - Cotidiano).

TG16: Dilma: ‘Temos que defender a nossa democracia contra o golpe’

TG16: E54: Recebida por servidores públicos e sindicalistas com gritos de apoio como “Olê, olê, olê, olá, Dilma, Dilma” e “Não vai ter golpe”, a presidente Dilma Rousseff aproveitou a solenidade de encerramento da 15ª Conferência Nacional de Saúde para fazer ontem **discurso em defesa de seu mandato** (05/12/2015 - País).

O governo do ex-presidente Collor, caracterizado pela instabilidade econômica foi interrompido pelo *impeachment*, em 2 de outubro de 1992, o que configurou um momento de insegurança sobre os rumos do país. Este cenário de disputas políticas, de mudanças e de incertezas é perceptível em TF01: E01 e TG02: E05 e mais tarde se repete em TG16: E54, mediante as discussões para interromper o mandato da presidente Dilma, sob a justificativa de crise econômica e escândalos de corrupção.

Uma leitura discursiva deve, por si, romper a completude imaginária da textualidade observada. Isso porque o efeito de evidência no jornalismo informativo se dá ao menos em dois níveis: primeiro, pelo que exclui/inclui; e, segundo, pelo modo como exclui/inclui.

Como não é possível tudo incluir, as escolhas e seleções dependem da leitura que os jornalistas e veículos fazem do noticiado. Referências como os protestos contra o presidente Collor, e a remissão à saúde do governo, a ligação dos “movimentos” com um determinado partido, ou o apoio a Dilma são parte da composição do objeto discursivo. A conferência é aquela em que “houve” o protesto ou o apoio. Essa ilusão de completude – comum à maioria dos textos – é reforçada pelo lugar que os meios, principalmente, os maiores

ocupam no imaginário da sociedade. Meios capazes supostamente de dar conta “de tudo que é mais importante saber”.

O efeito de evidência se completa graças ao modo como, no jornalismo, se exclui ou inclui. E isso deve ser considerado. Para isso, somente para este exemplo, podemos trabalhar com enunciados não atestados, aqui denominados de “variáveis”, apenas como forma de comparar com uma das ocorrências acima.

TG02: E05: Ao ser anunciado, Jatene foi aplaudido **demoradamente** pela platéia de cerca de **três mil** pessoas, que a seguir pediram a saída do presidente.

VARIÁVEL 1: Ao ser anunciado, Jatene foi aplaudido pela platéia, que **a seguir pediu a saída** do presidente.

VARIÁVEL 2: Ao ser anunciado, Jatene foi muito aplaudido por uma platéia que também **protestou** contra Collor.

Provocando o contraste, a partir de enunciados não atestados, podemos perceber mais nitidamente o efeito de sentido de duas marcas linguísticas: o advérbio acentuando os aplausos e o numeral qualificando o apoio ao ministro - ou o protesto contra Collor. No segundo exemplo, na primeira variável do enunciado atestado, somente as marcas foram suprimidas. O efeito de sentido já poderá ser outro. Na segunda, a diferença foi a remissão a protestos e não a “pedidos de saída”.

A amenização da animosidade – ou numa direção inversa – a acentuação da animosidade da plateia em relação ao presidente depende dos elementos linguísticos – neste caso específico – selecionados pelos jornalistas para relatar os eventos da Conferência. Essa construção linguística é o próprio intradiscorso se constituindo, como realização de uma memória discursiva – dos dizeres – sobre a conferência, a crise política, o lugar do jornalismo diante de uma crise, sobre a própria forma de formulação do texto noticioso. Isso depende das posições discursivas assumidas, conscientemente ou não, pelos jornalistas; mas necessariamente fruto de suas identificações discursivo-ideológicas, esta sim, da ordem do inconsciente e da história.

Cabe destacar que, numa perspectiva comparada, a *Folha*, por ter veiculado um número maior de notícias do que *O Globo* durante o período analisado, também superou na quantidade de recorrências de praticamente todas as regularidades discursivas. Além disso, verificou-se nos enunciados recortados da *Folha* uma maior presença dos lexemas ‘saúde’, ‘saúde pública’, ‘sistema’ e ‘conferência’ e do termo ‘SUS’. Tendo em vista que as Conferências Nacionais de Saúde são a materialidade institucional e política da diretriz de participação social do SUS, torna-se importante observar de que forma ‘conferências’ e ‘SUS’ são acionados para produzir sentidos diferentes num mesmo enunciado.

TG04: Prefeitura tem três meses para assumir sistema de saúde

TF04: E11: A 9ª **Conferência** Nacional de Saúde **decidiu** ontem dar três meses para a municipalização do Sistema Único de Saúde (SUS) e, se esse prazo não for cumprido, acionará o Ministério Público contra as instituições responsáveis (15/08/1992 - O País).

TF02: A 16ª Conferência Nacional de Saúde e a municipalização

TF02: E02: Com a participação confirmada de 3.000 delegados e 6.000 participantes, representando instituições e movimentos **envolvidos com a organização e gestão** do Sistema Único de Saúde (SUS), realiza-se em Brasília, até sexta-feira, a 16ª **Conferência** Nacional de Saúde³⁸ (11/08/1992 - Opinião - *Folha* Sudeste).

TF18: Tom oficial marca abertura de conferência

TF18: E58: O objetivo da **Conferência** é dar espaço para que a sociedade, especialmente os usuários do SUS (Sistema Único de Saúde), que correspondem a 50% dos delegados, **apontem problemas** globais do sistema e **diretrizes** para a sua solução (08/12/2003 - Cotidiano).

TF21: Conferência pede verba vinculada para a saúde

TF21: E76: Em teoria, a **conferência** não terminou. Segundo Eduardo Jorge, coordenador-geral do evento, o relatório final só sairá em três meses. “À medida em que o SUS cresce, exige outro modelo de conferência. Houve uma explosão de controle social” (12/12/2003 - Cotidiano).

Nestes enunciados, o lexema ‘conferência’ remete a sua constituição como o espaço de vocalização das demandas da sociedade em relação ao ‘SUS’. Em TG04: E11 o sentido de conferência acionado ao utilizar o verbo ‘decidiu’, refere-se ao seu caráter deliberativo. Afinal, a 9ª CNS representou a consolidação da importância do caráter de autoridade e poder resolutivo das conferências, papel inaugurado pela 8ª. Além disso, a 9ª conferência indicou o tempo máximo para que todos os municípios implementassem o princípio de descentralização, por meio da municipalização do SUS, sob o risco de serem punidos pelo Ministério Público, o qual tornou-se aliado na garantia do controle social na saúde.

A palavra ‘evento’ é comumente utilizada pelos dois jornais como anáfora de ‘conferência’, mas em TF06: E16 a *Folha* usou ‘reunião’ para retomar a 9ª CNS.

TF06: Ministro faz reunião adiada três vezes

TF06: E16: O ministro Adib D. Jatene, da saúde (foto), preside a 9ª Conferência Nacional de Saúde, realizada na semana passada em Brasília. **A reunião**, que vinha sendo adiada nos últimos três anos, tem por **objetivo melhorar o atendimento** médico à população. (17/08/1992 - Saúde).

Os sentidos estabilizados da palavra “reunião”, em língua portuguesa brasileira, remetem a “ato ou efeito de reunir-se”, ou ainda a “agrupamento de pessoas para tratar de algum assunto ou com objetivos de lazer”. Não é impróprio, então, do ponto de vista

³⁸ Este trecho, assim como os demais enunciados, foi transcrito. O referido jornal de fato publicou neste texto (TF02) “16ª Conferência Nacional de Saúde” quando na verdade se tratava da 9ª CNS.

lexicográfico, enunciar a conferência como “reunião”. Mas há um efeito de memória bem diverso de quando se fala em “conferência”.

Em se tratando de entidades e representantes do setor da saúde, “reunião” ressoa como agrupamento com função administrativa, protocolar, embora também deliberativa. Para os leitores mais atentos à CNS pode soar estranho; mas não é difícil imaginar que a maioria dos leitores do jornal tem pouca intimidade com a conferência, justamente, porque ela não encontra muita ressonância junto aos meios.

O enunciado revela uma posição discursiva do jornal, neste caso, de distanciamento e de leitura da conferência como uma ação protocolar entre responsáveis por “melhorar o atendimento médico à população”. Observe que também o segmento de frase “atendimento médico” acaba por reduzir o propósito do encontro. O que poderia ser compreendido como erro ou impropriedade cometida pelo jornalista, discursivamente, deve ser visto como uma certa leitura dos jornais - e não outra.

É evidente que, analiticamente, não há como assegurar qual seria o efeito de sentido dominante, principalmente considerando uma série de outros fatores, como o cenário político, o estatuto social do leitor e suas posições discursivas, assim como sua relação imaginária com o veículo, e mesmo a produção de uma intertextualidade sobre o tema, a partir de diversos outros veículos que podem ter dado cobertura à conferência.

O propósito da análise nunca é o de asseverar sentidos, mas o de trazer leituras possíveis, e mesmo prováveis, a partir da consideração do substrato linguístico, da materialidade significante, das lógicas de produção, neste caso, do jornalismo, de um conhecimento razoável da memória discursiva da língua, dos cenários históricos em que os enunciados se constituíram e da dominância conceitual dos processos discursivos.

Tanto em TF02: E02 quanto em TF18: E58, ‘conferência’ e ‘SUS’ aparecem relacionados à participação dos delegados da conferência ‘envolvidos com a organização’ do SUS. Este trecho de TF02: E02 se refere aos participantes e delegados como representantes de instituições e movimentos, uma simplificação da composição dos grupos e da diversidade da participação na conferência, estruturada com 50% de usuários, 25% de trabalhadores e 25% de prestadores de serviço e gestores.

Isso fica mais claro em TF18: E58 quando é mencionado que a ‘conferência’ tem como objetivo dar espaço para a sociedade, especialmente à parcela que corresponde aos usuários do sistema. Neste enunciado, o caráter de controle social também fica mais evidente na medida em que se demanda que aos participantes ‘apontem problemas’ e ‘diretrizes’ para o SUS. Vale dizer que em nenhum momento foram ouvidos pelas reportagens dos jornais

usuários do sistema que não estivessem vinculados a grupos de interesse. Revezaram-se como fontes representantes de grupos envolvidos no movimento da reforma sanitária, sindicalistas e de organizações religiosas – o que pode ser entendido como um processo de silenciamento dos indivíduos que não estão ligados às entidades da sociedade civil organizada.

Cabe ressaltar que discursivamente não há textualidade que não silencie. *Ao dizer eu necessariamente silencie*. Porque não é possível dizer tudo. Seja por não saber ou não poder dizer. Mas há também o silenciamento estratégico, que se dá não no nível da memória; mas da formulação do texto. A parca cobertura da conferência, o modo como certos atores são destituídos de referência, portanto, não fazendo parte da construção do evento como objeto do discurso, pode se dever a muitos fatores: falta de familiaridade dos jornalistas com o evento, posições político-ideológicas do veículo, identificações discursivas do veículo e seus profissionais. Ou seja, os fatores que interferem naquilo que “devo dizer” também contribuem para aquilo que “devo ou acabo por silenciar”.

Observa-se em TF21: E76 uma das raras presenças de vozes relacionadas diretamente à organização da conferência. A 12ª CNS contou com o envolvimento expressivo de militantes históricos da Reforma Sanitária, o que não foi tão recorrente em outras edições. Esta edição também foi antecedida pela realização das etapas municipais e estaduais, com encaminhamentos para a conferência nacional. Esses dois fatores deram condições para um debate rico tanto em temáticas quanto em deliberações, caracterizando o que o então organizador da conferência, Eduardo Jorge, chamou de ‘explosão de controle social’ em referência à necessidade de se elaborar um novo ‘modelo de conferência’, ou seja, acionando um sentido de que o modelo atual não estaria dando conta de suprir as demandas da população expressas pelo mecanismo de controle social.

A menção direta aos conselhos de saúde aparece uma única vez nos enunciados d’*O Globo*, enquanto na *Folha* o lexema ‘conselho’ é citado em vários momentos. Entretanto, quando analisamos a referência a ‘Conselho Nacional de Saúde’ verificam-se apenas três ocorrências. Esta é uma observação importante, pois uma análise dos sentidos das Conferências Nacionais de Saúde não se dissocia de uma percepção do que é veiculado sobre os conselhos, afinal, conferências e conselhos fazem parte de uma mesma estrutura de participação social. Os conselhos são as instâncias por meio das quais a sociedade se organiza e se insere no controle social, sentido que é acionado diretamente em poucos discursos, como acontece, por exemplo, em:

TF13: Conferência debate controle social da saúde

TF13: E30: **Pela primeira vez, o Ministério Público** se junta de forma ampla numa parceria com o **conselho** de saúde, **ampliando** o grau de visão do **controle social**. Também pela primeira vez, esse “olho controlador” vai **fiscalizar** tanto os serviços de saúde **complementar**, como os planos, seguros e convênios de saúde, quanto aqueles serviços que são **exclusivamente privados** (18/12/2000 - Políticas Públicas - Campinas).

TF18: Tom oficial marca abertura de conferência

TF18: E62: O ex-secretário de Gestão Participativa do Ministério da Saúde, Sérgio Arouca, morto em agosto deste ano, defendia um fortalecimento dos **conselhos** de saúde - órgãos de **controle social do SUS** (Sistema Único de Saúde) (08/12/2003-Cotidiano).

TG12: Governo aceita rediscutir projeto de fundação

TG12: E41: O presidente do **Conselho Nacional de Saúde**, Francisco Batista Júnior, principal opositor do projeto, elogiou a decisão dos conselheiros: - A votação unânime dá legitimidade a nossa posição. Esperamos que o presidente Lula **respeite o resultado**, e o governo sente conosco para discutir o modelo de gestão mais adequado para o SU. (19/11/2007 – O País).

Verifica-se em TF18: E62 a designação direta dos conselhos de saúde como órgãos de controle social do SUS, sentido que é acionado pela voz do principal militante da saúde pública brasileira, Sérgio Arouca. Na única ocorrência da palavra ‘conselho’ nos enunciados do jornal *O Globo*, em TG12: E41, observamos que o termo aparece para designar o cargo do presidente do órgão, Francisco Batista, utilizado como fonte da matéria. O texto ressalta a discordância entre participantes da CNS e o governo, no que diz respeito a uma proposta discutida na 13ª edição, que propunha a criação de uma fundação pública de direito privado para gerir unidades de saúde do SUS. Neste caso, Batista reafirma o caráter deliberativo da conferência ao mencionar a expectativa de que o então presidente Lula ‘respeite o resultado’ da votação unanimemente contrária a esta proposta³⁹.

No enunciado TF13: E30, o Ministério Público novamente é convocado como órgão de apoio à garantia do controle social, dessa vez sendo caracterizado como o fiscalizador capaz de ampliar o seu cumprimento ao ponto de conseguir dar conta não apenas dos serviços do SUS, mas também com ingerência para controlar os serviços da saúde privada.

Os processos de convocação das vozes no discurso jornalístico merece um comentário à parte. Quase sempre, dizem respeito ao modo como os jornais significam os acontecimentos e mostra um complexo de jogo de co-discursividade ou mesmo conflito. As

³⁹ Naquele momento, o projeto foi suspenso, mas em 2011, por meio da Lei nº 12.550, foi criada a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (Ebserh), como parte do Programa Nacional de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais (Rehuf), com a proposta de recuperar os hospitais vinculados às universidades federais. Dessa forma, as instituições de ensino que optarem pela firmação de contrato com a Ebserh, entidade vinculada ao Ministério da Educação, recebem a promessa de modernização da gestão dos recursos humanos e financeiros, de garantia do papel estratégico desempenhado por essas unidades à formação de profissionais e prestação de assistência à saúde da população integralmente no âmbito SUS.

“vozes autorizadas” podem ser legitimadas ou não; podem ser vozes “parafrásticas” às posições dos veículos ou não; e para isso é sempre importante perceber ao menos o co-texto em que aparecem. No enunciado TF13: E30, a participação do Ministério Público é significado com certo tom jubilatório, com destaque para efeitos positivos como a ampliação “do grau de visão do controle social”. Isto é o que se revela já num primeiro nível de análise. Imediatamente depois, é possível perceber que a atuação do MP iria aprimorar a fiscalização sobre os agentes privados da saúde. Ora, percebe-se o sentido de garantia, atribuída ao MP, de que estes serviços complementares serão suficientemente fiscalizados. O elogio ao MP é antes a não problematização da participação de empresas privadas no atendimento à saúde pública; um efeito de naturalização do que certo crítico chamaria processo de privatização da saúde pública. O elogio à atuação do MP, num terceiro nível de análise, concorre, portanto, para silenciar estes discursos críticos.

Atentemos para um provável ato falho no enunciado em análise, que poderia soar como erro, mas que deve ser lido discursivamente: ao utilizar a palavra ‘complementar’ para designar serviços de saúde outros que não os do SUS, verifica-se que se existem serviços complementares ao público, a razão é o SUS não ter capacidade para atender à totalidade da população. O termo utilizado pelos órgãos brasileiros para designar as entidades prestadoras de serviços privados é ‘saúde suplementar’.

Ao mesmo tempo há uma separação dos serviços ‘exclusivamente privados’, embora seguros, convênios e planos sejam instâncias privadas de prestação de serviços de saúde, uma vez que o seu financiamento não depende do Estado, mas sim da capacidade dos usuários e/ou empresas de arcar com os seus custos. Neste ponto, reside uma grande contradição, afinal, os governos brasileiros custeiam planos para os servidores públicos e concedem benefícios de dedução fiscal com gastos em saúde. Com isso, estima-se que o governo deixou de recolher R\$ 15,8 bilhões no setor em 2011, com as renúncias fiscais a pessoas físicas por desembolso direto, a empregadores que fornecem assistência de saúde a seus funcionários, e ainda, por meio das desonerações para a indústria farmacêutica e hospitais filantrópicos⁴⁰.

Todos os enunciados referentes à TF13 acionam de alguma maneira esses sentidos sobre conferências e conselhos de saúde, pois a notícia teve como principal enquadramento a questão do controle social. Dessa forma, podemos observar, além dos sentidos que remetem

⁴⁰ Informações da reportagem “Quando o público financia o privado”. Disponível em: <<http://www6.ensp.fiocruz.br/radis/conteudo/quando-o-publico-financia-o-privado>>. Acesso em: 30 jan. 2016.

ao caráter fiscalizador dos conselhos, a ocorrência de trechos que explicam em boa medida os mecanismos de participação social, conforme os enunciados abaixo:

TF13: Conferência debate controle social da saúde

TF13: E31: Ao longo de três dias, divididos em 80 grupos, os delegados tratam no “varejo” dos três temas que permeiam a conferência: o controle social, o financiamento da saúde e o modelo assistencial para um acesso “mais humano” e mais generalizado (18/12/2000 – Políticas Públicas - Campinas).

TF13: E32: Ao longo do dia de amanhã, esses diversos retalhos serão costurados numa imensa colcha que, depois de aprovada em plenário, se transforma em documento-diretriz para a saúde nos próximos anos (18/12/2000 - Políticas Públicas - Campinas).

Nesta perspectiva, a matéria inovou ao ser a única em todo o período a dar voz a um pesquisador representante da sociedade civil e também a mencionar ferramentas de comunicação como parte do processo de aprimoramento dos conselhos.

TF13: E36: Mário Scheffer, representante dos usuários no Conselho Nacional de Saúde, lembra que, além da capacitação, os milhares de conselhos serão interligados por uma Rede Nacional de Comunicação coordenada pelo Conselho Nacional de Saúde. Todos os conselhos de saúde estarão conectados pela internet (18/12/2000 - Políticas Públicas - Campinas).

Observamos, neste contexto de enunciação, que os próprios meios de comunicação não relevam temáticas ou sentidos que remetam à relação da comunicação com o direito à saúde. Dessa maneira, ainda que referenciem a democratização dos serviços de saúde e os mecanismos de participação social, a ampliação do acesso às informações sobre políticas públicas não é vocalizada, embora a temática da comunicação e informação em saúde seja constante, com maior ou menor destaque, nos debates e deliberações das conferências.

Ademais, percebemos que o lexema ‘conferência’ tornou-se cada vez menos recorrente no decorrer dos anos, sobretudo quando analisada a sua associação com o SUS. Ao contrário, as notícias caminharam para uma crescente caracterização da conferência como um evento de saúde, silenciando o seu caráter reflexivo, avaliativo e propositivo. Este processo culmina na ausência de notícias sobre a 14ª CNS na *Folha de S. Paulo*. No caso d’O *Globo*, essa conferência foi citada no contexto do discurso de um governador que questionava a forma como os recursos eram destinados para a saúde, conforme enunciado abaixo:

TG15: Em voz alta

TG15: E54: Na Conferência Nacional de Saúde, ontem, o governador Jaques Wagner (PT-BA) **sugeriu que, em vez** de aumentar o orçamento para 10% (Emenda 29), o dinheiro da saúde fosse reajustado todo ano pela inflação mais um ganho real (02/12/2011 - Panorama político).

Observa-se neste enunciado uma clivagem ideológica do jornal ao explicar a fala do governador sem dar voz a ele de fato. A construção verbal ‘sugeriu que, em vez de’ aponta

para uma alternativa apresentada pelo político à estratégia utilizada naquele momento para o financiamento da saúde. É importante destacar que as temáticas que atravessam a destinação de recursos para o setor são muito recorrentes em vários enunciados, o que reforça que esta é uma das preocupações mais latentes no âmbito da saúde, algo que é bastante alimentado pelo discurso midiático.

Nesta perspectiva de diminuição da presença das conferências na pauta jornalística, o documento de diretrizes da 15ª CNS reafirmou o papel político-mobilizador das conferências, destacando que estas não devem ser vistas meramente como um evento de saúde. Entretanto, os discursos presentes nas notícias sobre a mais recente conferência realizada mais uma vez a mantiveram nesta posição simplificada.

TG16: Dilma: ‘Temos que defender a nossa democracia contra o golpe’

TG16: E53: No primeiro **evento público** após a aceitação do pedido de impeachment, a presidente Dilma foi aplaudida por **plateia de servidores e sindicalistas** num congresso de Saúde, em Brasília, e afirmou não ver fundamento no processo (05/12/2015 - Capa).

TF25: Impeachment é política do ‘quanto pior melhor’, diz Dilma

TF25: E91: No encerramento da 15ª Conferência Nacional de Saúde, nesta sexta-feira (4), Dilma afirmou que a discussão da chamada pauta bomba no Legislativo (propostas com aumento de gastos públicos) tinha como objetivo **“afundar o país”** (05/12/2015 - Poder)

TF25: E92: Antes da chegada da presidente ao evento, houve gritos de “Não vai ter golpe” e “Fora Cunha” – **o público era formado por integrantes de conselhos municipais e estaduais de saúde** (05/12/2015 - Poder).

Em TG16: E53 o texto se refere aos presentes na conferência como uma ‘plateia’ de ‘servidores’ e ‘sindicalistas’. A palavra ‘plateia’ caracteriza espectadores que passivamente assistem a algum tipo de apresentação, termo que combinado à definição dos participantes como ‘servidores’ e ‘sindicalistas’ configura, mais uma vez, uma simplificação da forma como é a composta a representação social nas conferências. Já a *Folha*, em TF25: E91 menciona que o ‘público’ era composto por ‘integrantes de conselhos municipais e estaduais de saúde’. Embora a *Folha de S. Paulo* tenha identificado os participantes como membros dos conselhos, manteve a perspectiva reducionista. A palavra ‘público’ remete a um grupo de pessoas que estão presentes em algum tipo de evento, o que retoma a simplificação da conferência como um evento de saúde. Além disso, em ambas as matérias, o leitor não ficará sabendo que a participação social na conferência se estrutura com 50% de usuários, 25% de trabalhadores e 25% de prestadores de serviço e gestores do SUS, sendo que estes não são necessariamente membros dos conselhos.

“O leitor não ficará sabendo” e por isso mesmo não conseguirá formular sentidos sobre esta participação. Há algo a discutir sobre o poder de arquivo dos meios de

comunicação hegemônicos. A memória do dizer e do dito sobrevive na história de diversas maneiras, mas o seu registro em arquivos acessíveis e, no caso da mídia, massivos, produzem uma certa estabilização de sentidos. O que se diz sobre a conferência em meios com tanto poder de certa forma ajuda a compreender o efeito do arquivo sobre a conferência, mesmo que as atas, os documentos finais, as notas de trabalho também concorram para isso. Mas o alcance e o poder, ainda mais quando está em jogo a participação social, é diferente entre o arquivo de mídia e o arquivo documental elaborado pelos participantes da conferência, embora seja exatamente este que circulará como memória estabilizada entre atores e instituições governamentais envolvidas na questão da saúde pública brasileira. A relação entre arquivo midiático e arquivo documental, seus embates e proximidades, acaba sendo fundamental para a compreensão da constituição da memória, e por isso mesmo dos “novos dizeres” sobre o tema.

Assim, verifica-se também que as conferências foram citadas pelos dois jornais apenas nessas matérias do dia 05 de dezembro, sem apresentar qualquer informação sobre os debates da 15^a, dando destaque somente para o discurso da presidente Dilma sobre a possibilidade de *impeachment*. O fato da temática da conferência não ter sido sequer citada configura um silenciamento em razão de um contexto político conturbado, no qual ganhavam destaque as acusações de improbidade feitas à presidente. Dessa forma, assim como em matérias de outras conferências ao longo do período analisado, os discursos do campo da política irromperam na cobertura das conferências, desta vez em função da presença da presidente na 15^a.

4.2.2 A responsabilização do Estado pela gestão da saúde

Dentre todos os enunciados dos dois jornais, verificou-se uma preponderância das temáticas que fazem referência às instâncias de poder do Estado como responsáveis pela gestão do sistema de saúde. Ou seja, uma abordagem predominantemente técnica em detrimento de enquadramentos mais reflexivos. Além dos trechos que mencionavam críticas ao governo pela gestão do país, também encontramos nos enunciados regularidades que nos indicaram famílias parafrásticas a partir das quais identificamos as formações discursivas. Desta maneira, consideraremos os discursos que se assemelham ao acionarem sentidos que apenas atribuem ao Estado o papel de gestor do SUS, isto é, aqueles que criticam o governo pela gestão da saúde os quais, configuram-se como discursos hegemônicos. Enquadramos os

exemplos abaixo na formação discursiva em que consideramos o discurso de que o Estado é o gestor do SUS.

TF02: A 16ª Conferência Nacional de Saúde e a municipalização

TF02: E06: Transferências diretas independentes de produção permitem efetivamente o que está preconizado na Constituição, qual seja: **é o município o gestor do SUS local**. (11/08/1992 - Opinião - Folha Sudeste).

TG10: Fundação para a saúde encontra resistência

TG10: E30: O documento que está sendo negociado propõe um **modelo de gestão que seja estatal** e que fortaleça o papel do Estado. “Que seja 100% SUS, com financiamento exclusivamente público e operando com **uma única porta de entrada**”, afirma o texto. Os críticos da fundação argumentam que o modelo vai permitir que o **setor privado participe de direção de hospitais**. (17/11/2007 - Cotidiano).

Em TF02: E06 podemos observar que o trecho ‘preconizado na Constituição’ faz referência ao dever do Estado atribuído por lei de gerir a saúde. Neste caso, especificamente, o discurso remete ao princípio da descentralização do SUS ao mencionar a municipalização na construção: ‘é o município o gestor do SUS local’. Vale lembrar que em 1992 o cenário era de instabilidade política e econômica e, no âmbito da saúde, lutava-se para legitimar as diretrizes do SUS e ampliar a sua implementação em todo o Brasil. No decorrer dos anos essa formação discursiva volta a aparecer, como em TG10: E30. Neste enunciado, aciona-se o sentido de que a gestão da saúde deve ser feita pelo Estado, sendo o financiamento 100% público. Este discurso é uma contraposição à proposta do governo que estava sendo discutida na conferência de criação de uma fundação pública de direito privado para administrar o SUS. Além disso, o trecho ‘uma única porta de entrada’ refere-se a uma expressão utilizada no campo da saúde para designar o meio pelo qual a população tem acesso ao sistema de saúde, e se opõe à tendência crescente do público e do privado conviverem num mesmo espaço institucional.

As questões relacionadas ao financiamento sempre estiveram nas pautas de discussão dos movimentos sociais, da sociedade civil, nas conferências e na imprensa. Entretanto, como foi visto nas seções anteriores, não houve historicamente uma preocupação excessiva em regulamentar e estruturar a fonte de recursos para o sistema de saúde universal. Portanto, os aspectos relativos ao financiamento estiveram no decorrer dos anos na centralidade dos discursos dos meios de comunicação, muitas vezes atribuindo ao Estado responsabilidade pela falta de recursos e tantas outras acionando os serviços privados como alternativa à suposta má qualidade do SUS. Nesta perspectiva em que o Estado é o gestor do sistema, conseqüentemente, é ele o culpado por pelos problemas do SUS. Observando os enunciados abaixo, é possível perceber a formação discursiva que remete à má gestão do governo das ações e serviços do sistema de saúde.

TF09: Doença mata 700 mil/ano.

TF09: E24: [Diarreias, infecções respiratórias e coqueluche são algumas das doenças que não deveriam mais fazer vítimas]. **A falta de uma política de prevenção e promoção da saúde** foi tema do primeiro dia de debate da 10ª Conferência Nacional de Saúde, que começou anteontem à noite em Brasília (03/09/1996 - Saúde Mental).

TG07: Economia na saúde - II

TG07: E18: Vamos aos sete choques de transição da Economia da Saúde no Brasil. Recombinados, eles **dramatizam a urgência de reformas no sistema brasileiro**. Reformas em discussão na 11ª Conferência Nacional de Saúde, em Brasília. (...) Transição demográfica (...) Transição epidemiológica (...) Transição ambiental (...) Transição institucional (...) Transição profissional (...) Transição econômica (16/12/2000 - Coluna Joelmir Beting).

TF21: Conferência pede verba vinculada para a saúde

TF21: E77: O presidente **reconheceu dificuldades no setor**: “Esse país tem que **fazer muito mais do que está sendo feito** para que a gente possa ter a política de saúde que motivou vocês, ao longo de tantos anos, a acreditarem na organização social”, disse Lula, referindo-se principalmente aos agentes comunitários de saúde (12/12/2003 - Cotidiano).

TG13: Marcha ré

TG07: E18: Que a mudança é necessária, fica evidente com a análise do modo de **funcionamento dos hospitais do SUS, que só se pode chamar de catastrófico** (21/11/2007- Opinião).

Em TF09: E24 o discurso articula sentidos de crítica ao governo pela ‘falta de uma política de prevenção e promoção da saúde’. Promoção à saúde compõe a definição de direito à saúde, garantido pela Constituição, e a falta dela significa em alguma medida o descumprimento deste direito. Cabe destacar que a 10ª CNS foi realizada em um contexto em que se buscava o cumprimento da Lei Orgânica da Saúde e a completa implementação do SUS, na luta contra o crescimento da assistência privada. Nos enunciados TG07: E18 e TG07: E18, possivelmente por se tratarem de textos de artigos opinativos, são utilizadas expressões como ‘dramatizam a urgência de reformas no sistema brasileiro’ e ‘funcionamento dos hospitais do SUS, que só se pode chamar de catastrófico’. Já em TF21: E77 cabe observar que o ex-presidente Lula, que acabava de assumir o comando do país, ‘reconhece as dificuldades do setor’ e constata que ‘esse país tem que fazer muito mais do que está sendo feito’. Este é um indício da necessidade de mudanças no setor e está em consonância com o a proposta de Lula de valorizar o diálogo com a população ao passo que ele justifica ter antecipado a realização da 12ª CNS com a promessa de que o seu governo iria pautar as ações de saúde com base nas deliberações da conferência.

Neste âmbito, em que os discursos remetem a sentidos de responsabilização das três instâncias de governo pela gestão do sistema de saúde, o ‘não-dito’ é que regionalização da saúde, prevista na constituição, só foi regulamentada em 2002 e propõe a organização da prestação de serviços separando pela complexidade e por territórios. Além disto, verificou-se

pouquíssima menção nos enunciados coletados às especificidades do papel de cada instância de governo, municípios, estados e governo federal no gerenciamento dos serviços de saúde pública. Encontramos apenas algumas ocorrências com relação ao financiamento, as quais abordaremos em tópico específico.

Outro discurso hegemônico no âmbito da administração dos serviços de saúde refere-se à abertura para a participação de entes privados no setor. Como vimos em alguns enunciados abordados nesta análise e também na literatura referenciada nos capítulos anteriores, a argumentação em torno do privado acontece sob a justificativa de que o público é incapaz de gerir os serviços de saúde e garantir o acesso universal, configurando a aproximação da lógica do privado com alternativa. Os enunciados de TF07 que compõem a textualidade do informe publicitário do Conselho Federal de Medicina remetem a uma tendência de privatização do setor saúde, conforme os exemplos abaixo:

TF07: Conferência Nacional de Saúde em Brasília: Poucos resultados práticos imediatos

TF07: E19: O ministro da saúde, **reclamou novamente de verbas mínimas** para pagar hospitais e postos de saúde (28/08/1992 - Informe Publicitário/Conselho Federal de Medicina).

TF07: E20: No relatório final, **foi rejeitada a privatização** das áreas da saúde, indo **contra a tendência que se registra em todo o mundo** (28/08/1992 - Informe Publicitário/Conselho Federal de Medicina).

Em TF07: E19 o trecho ‘reclamou novamente de verbas mínimas’ aciona sentidos que remetem à recorrência da falta de verbas para a prestação dos serviços de saúde. Portanto, diante dessa ausência de recursos mínimos, a rejeição da proposta de privatização refere-se a uma posição contrária à ‘tendência que se registra no mundo todo’. Cabe ressaltar que em 1992 a movimentação internacional indicava um declínio da participação do Estado no financiamento de políticas sociais diante da ascensão do pensamento neoliberal, sobretudo nos EUA e na Inglaterra. Entretanto, vários países mantiveram e ainda sustentam os seus sistemas universais com financiamento público, como o Canadá, a França e o Brasil. No caso brasileiro, o SUS era fundado e enfrentava as primeiras dificuldades para manter a universalidade e para configurar a participação social como uma de suas diretrizes.

Entretanto, os anos 90 representaram uma sucessiva investida e abertura ao mercado privado de saúde. Dessa maneira, o discurso do Conselho Federal de Medicina é atravessado ideologicamente pela defesa histórica dos grupos médicos às práticas liberais de medicina – desde a década de 1960 quando teve início a medicina de grupo. Neste cenário, em 1992, apesar da forte movimentação em torno do fortalecimento da saúde pública, materializada pelo SUS, também eram fortes os *lobbies* para regulação das formas de

contratação de serviços de saúde por pré-pagamento. Isso porque nas décadas de 70 e 80 houve um crescimento expressivo dos seguros e planos de saúde, o que levou à criação do primeiro órgão regulamentador da chamada saúde suplementar, o Sistema de Assistência Médica Suplementar (Sams).

Nos anos seguintes à 9ª CNS permaneceu o crescimento e a valorização da saúde privada, sobretudo no governo do ex-presidente Fernando Henrique Cardoso. Durante seu segundo mandato em 1998, ele instituiu a “Lei dos planos de saúde”, que regulamentava as diferentes práticas liberais de saúde. Dois anos depois, criou a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), órgão que desde então é responsável por normatizar, controlar e fiscalizar as operadoras e os seguros e a assistência aos consumidores.

Também no ano de 2000 foi realizada a 11ª conferência, cuja temática central denunciava o não cumprimento dos princípios do SUS. Neste prisma, observa-se que o embate discursivo entre a saúde pública e a saúde privada se mantém ao longo dos anos na textualidade dos jornais, conforme os enunciados abaixo:

TG06: Economia e Saúde - I

TG06: E15: No caso brasileiro, os limites da inclusão social na Saúde estão situados em algum ponto da curva dos **investimentos públicos e privados** no setor (15/12/2000 - Coluna Joelmir Beting).

TF21: Conferência pede verba vinculada para a saúde

TF21: E75: O plenário também deliberou pelo fim da fila dupla em hospitais do SUS - **atendimento de pacientes de planos de saúde na estrutura pública** (12/12/2003-Cotidiano).

Em TG06: E15 e TF21: E75 evidencia-se a tendência de um modelo híbrido de saúde no Brasil em que o público e o privado dividem espaço, recursos e a prestação de serviços. No trecho ‘investimentos públicos e privados’ (TG06: E15) cabe destacar que a utilização da palavra ‘investimento’ para designar o montante destinado ao setor aciona sentidos de que a saúde consiste em uma área que pode trazer algum tipo de retorno. Sob este aspecto, verifica-se que na maioria dos enunciados ocorre a preponderância da palavra ‘gasto’, que traz exatamente o sentido oposto, conforme veremos em tópico específico.

Em TF21: E75 constata-se a presença de sentidos que remetem ao caráter deliberativo da conferência ao determinar o fim do ‘atendimento de pacientes de planos de saúde na estrutura pública’. No entanto, isso nunca aconteceu. Ainda hoje a dívida dos planos de saúde ao SUS⁴¹ contribui para os problemas de financiamento do sistema público. Segundo

⁴¹O ressarcimento ao SUS está previsto no artigo 32 da Lei de Planos de Saúde (Lei nº 9.656/1998), que estabelece que as operadoras devem ressarcir os serviços de saúde prestados aos seus clientes por instituições integrantes do SUS. À ANS cabe calcular e cobrar esses valores, que devem ser direcionados ao Fundo Nacional de Saúde.

estudo feito pelo Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor (Idec)⁴², com base em dados divulgados pela ANS referentes a dezembro de 2014, dos R\$ 1,6 bilhão cobrados das operadoras pela ANS para ressarcimento ao SUS, apenas 37%, cerca de 621 milhões, foram pagos. Enquanto isso, mais de R\$ 331 milhões (19%) foram parcelados e mais de R\$ 742 milhões (44%), não foram pagos e sequer parcelados. Ou seja, 63% das dívidas, mais de R\$ 1 bilhão de reais, ainda não foram quitados pelas operadoras.

Essa formação discursiva que remete a sentidos de valorização da gestão privada ante a administração pública volta a aparecer em 2007 quando um dos assuntos discutidos na 13ª era a proposta de criação da fundação pública de direito privado para gerir setores do governo, como a saúde. Novamente, os discursos em torno da conferência convergem em apenas uma temática do debate, o que é exemplificado pelos enunciados de TG10:

TG10: Fundação para a saúde encontra resistência

TG10: E26: Aposta do governo para melhorar o atendimento na saúde, o projeto que cria a fundação pública de direito privado sofre resistência dos **militantes** que atuam no setor. A proposta enviada pelo presidente Luiz Inácio Lula da Silva ao Congresso está sendo duramente criticada na 13ª Conferência Nacional de Saúde e deverá ser rejeitada pela maioria dos **delegados** (17/11/2007-Cotidiano)

TG10: E28: [Presidente do Conselho Nacional de Saúde, Francisco Batista Júnior]. **O projeto significa a mercantilização da saúde**, ao prever que profissionais serão remunerados por salários de mercado. Isso acaba com a interiorização dos médicos, enfermeiros e tantos outros profissionais e termina de vez com a possibilidade da criação da carreira da saúde (17/11/2007- Cotidiano).

Observa-se que em TG10: E26 a fundação é referenciada pelo jornal como ‘aposta do governo para melhorar o atendimento na saúde’. A palavra ‘aposta’ remete a um jogo em que duas ou mais partes com diferentes objetivos disputam para vencer, e quem perde deve pagar a quem ganha a coisa apostada. Neste caso, ‘aposta’ aciona sentidos de aproximação da lógica privada como a alternativa para vencer os problemas enfrentados pelo atendimento público na saúde. Entretanto, a ‘aposta’ não configura a garantia de que a estratégia daquele que aposta, ou seja, o governo vencerá. Neste mesmo enunciado o jornal incorre, ao fazer uso das palavras ‘militantes’ e ‘delegados’ como anáforas que designam os participantes da conferência, na simplificação da realidade que por vezes acomete o discurso jornalístico ao utilizar mecanismos de linguagem que alteram a natureza dos acontecimentos de forma ideológica, na natural tentativa de fechamento de sentidos para transformar o mundo complexo em compreensível. Desta vez, a metáfora do jogo foi empregada para traduzir o mundo complexo da tomada de decisão do governo, no qual a escolha poderia ocasionar relativas perdas ou ganhos em um cenário de deliberação.

⁴²Disponível em: < <http://www.idec.org.br/em-acao/em-foco/estudo-do-idec-mostra-que-operadoras-de-planos-de-saude-devem-ao-sus-mais-de-r-742-milhes>>. Acesso em: 09 fev. 2016.

O enunciado TG10: E28 compreende um dos poucos discursos em que um membro do conselho e, portanto, participante da conferência, é utilizado como fonte. Contudo, permanece o privilégio de vozes autorizadas, levando em conta que é o presidente do conselho quem fala que ‘o projeto significa a mercantilização da saúde’. Mais uma vez, aciona-se o embate discursivo entre público e privado, neste caso, com ênfase à aproximação com a lógica de mercado em que a saúde se torna um produto.

Ainda no âmbito dos discursos de responsabilização do Estado pela administração da saúde, observou-se em TG06 a presença de contradiscursos que reconhecem os avanços das políticas de saúde.

TG06: Economia e Saúde - I

TG06: E16: Indicadores básicos do ministério apontam para **ganhos na eficiência** do setor. Caso do **declínio da mortalidade infantil**, por mil nascidos vivos, no primeiro ano. Em duas décadas, ela baixou piedosamente de 86 (1980) para 48 (1990) e para 34 (2000) (15/12/2000 - Coluna Joelmir Beting).

TG06: E17: O programa de municipalização (SUS) e o programa de atendimento familiar (PSF) **merecem** ser **vitaminados** financeiramente, aperfeiçoados administrativamente, **prestigiados** politicamente e **patrulhados** socialmente. **Aqui e ali**, eles **já provaram que funcionam** (15/12/2000 - Coluna Joelmir Beting).

Em TG06: E16 o trecho ‘ganhos na eficiência’ acionam sentidos de que as ações em saúde pública foram capazes de produzir efeitos positivos nos indicadores básicos, e utiliza um deles como exemplo. Mencionar cada um seria inviável pela própria limitação do formato do jornalismo diário⁴³. No enunciado seguinte (TG06: E17) em que o discurso se refere a dois programas específicos, a expressão ‘aqui e ali’ remete a algo que ainda está sob teste. Entretanto, o verbo ‘merecem’ e o trecho ‘já provaram que funcionam’ aciona um sentido oposto, que atribui um caráter de sucesso a esses programas.

As palavras ‘vitaminados’, ‘prestigiados’ e ‘patrulhados’ nesse contexto constituem metáforas que apontam para diferentes sentidos. Sendo assim, vitaminar é uma metáfora das ciências biológicas que remete a nutrir, isto é, fornecer os nutrientes que são o subsídio para manter um corpo vivo, neste caso, os nutrientes seriam recursos para manter ativo o sistema de saúde e seus programas. Seguindo nesta percepção, prestigiar remete à atribuição de importância social, de crédito e de reputação por mecanismos políticos, afinal, os serviços de saúde compõem uma política pública e como tal constituem uma arena de disputa. O termo patrulha é atravessado por sentidos que remetem à fiscalização, da vigilância e do controle social, sendo que este último é uma das diretrizes do SUS. Estes sentidos

⁴³ Os indicadores estão disponíveis no Portal da Saúde: <<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0201>>. Acesso em: 06 fev. 2016.

reforçam três importantes aspectos que tangem o sistema de saúde brasileiro, o financiamento, a gestão e controle social.

4.2.3 O subfinanciamento e a vilania do Estado

Foi evidenciado nos tópicos anteriores que os discursos sobre as conferências são atravessados por sentidos que simplificam a sua complexidade enquanto mecanismo de controle social da saúde brasileira e também por sentidos que atribuem ao Estado a responsabilidade pela administração dos serviços de saúde. Nesta perspectiva, este tópico se dedica a analisar quais sentidos são acionados pelos dois jornais no que tange o financiamento da saúde. Na análise desenvolvida por esta pesquisa, verificou-se que a temática do financiamento está presente em muitos enunciados de forma que alguns discursos acabam emanando sentidos sobre os recursos do sistema, ainda que este não seja o sentido aparente ou o que sobressai no texto. Neste momento, iremos nos dedicar à busca por regularidades, famílias parafrásticas e formações discursivas nos discursos sobre financiamento da saúde.

Assim como observado com os discursos sobre administração do sistema, no caso do financiamento, o Estado também é o responsável pela destinação, regulação e aplicação dos recursos na saúde. Como vimos nos capítulos anteriores, o financiamento permanece ao longo dos anos com um dos principais, senão o principal, problema da saúde brasileira e, considerando-se o modelo de sistema de saúde universal implementado com a criação do SUS, baseado no Estado de bem-estar social, os recursos devem ser de fato majoritariamente públicos. Entretanto, os vinte e sete anos do SUS foram marcados por embates discursivos entre o público e o privado, o qual ganhou espaço e mercado no decorrer dos anos. Há um consenso na literatura de que a mídia enfatiza os problemas do sistema público, dando margem para que o discurso neoliberal de valorização do privado sobressaia como alternativa à suposta má qualidade do serviço público.

Neste sentido, dois discursos hegemônicos são construídos a respeito dos recursos para a saúde: o de responsabilização do Estado pelo financiamento e aquele que atribui ao Estado a culpa pelo subfinanciamento. Nos exemplos abaixo, é possível ver enunciados de uma mesma família parafrástica, os quais acionam sentidos sobre a aplicação de recursos pelas três instâncias de governo, municípios, estados e governo federal.

TG04: Prefeitura tem três meses para assumir sistema de saúde

TG04: E12: O principal problema da municipalização no Rio é o financiamento do sistema através da autorização de internação hospitalar (AIH) e da unidade de cobertura ambulatorial (UCA). Os secretários municipais de Saúde reclamam dos **cortes feitos pela Secretaria Estadual de Saúde**. Além disso, admitiu o presidente

do Inamps, **os hospitais federais do Rio têm um custo muito alto para os padrões da rede pública** (15/08/1992 - O País).

TF07: Conferência Nacional de Saúde em Brasília: Poucos resultados práticos imediatos

TF07: E18: O governo federal não tem verbas. A única que possui é a do INPS que é muito pouca e **não a repassa para os Estados**, que por sua vez não organiza os conselhos estaduais (o estado de São Paulo é um dos seis estados que realizou seu conselho), **as cidades não organizam, portanto, não recebem verbas** (28/08/1992 - Informe Publicitário/Conselho Federal de Medicina).

TF21: Conferência pede verba vinculada para a saúde

TF21: E72: A 12ª Conferência Nacional de Saúde **reivindicou** ontem a destinação **de 10% das receitas correntes da União** (total que entra nos cofres do governo federal) **ao orçamento do Ministério da Saúde** (12/12/2003-Cotidiano).

TF21: E73: Atualmente, **a União**, segundo a Constituição, **deve aplicar** na área da Saúde o empenhado no ano anterior acrescido da variação nominal do PIB apurada no ano em que se faz o Orçamento (12/12/2003-Cotidiano).

TF22: Governo apoiou emenda que prejudica a saúde

TF22: E80: Até 2004, **os Estados têm que aplicar 12% das receitas em saúde**, paulatinamente. Hoje **a maioria gasta menos do que deveria** (mais de R\$ 1 bilhão deixou de ser aplicado no setor em 2002 por conta dos descumprimentos). Se a emenda fosse aprovada, o nível atual de investimento poderia ser mantido sem alcançar 12% (17/12/2003-Cotidiano).

Os enunciados TG04: E12 e TF07: E18 são de 1992, momento em que o SUS ainda estava em processo de implantação após a promulgação das Leis nº 8080/90 e 8142/90 que regulamentaram o sistema. A 9ª CNS, realizada neste ano, teve como tema central de debate a municipalização da saúde, por essa razão a implementação do SUS pelos estados e municípios era um assunto latente. Em TG04: E12 é mencionando o Inamps e em TF07: E18 o INPS como entidades vinculadas ao financiamento da saúde. Primeiramente é importante destacar que o INPS foi substituído pelo Inamps em 1974, ou seja, em 1992, o INPS já não existia há quase vinte anos. O Inamps, por sua vez, foi extinto em 1993 após a criação do Instituto Nacional de Seguro Social (INSS) em 1990. A história da saúde e da previdência no Brasil se cruzam em vários momentos, em virtude do modelo de seguridade social implementado pela Constituição Federal⁴⁴.

Também em TG04: E12 observa-se a atribuição das questões de financiamento às dificuldades de cumprimento da implantação do sistema conforme previsto em lei. No trecho ‘o principal problema da municipalização no Rio é o financiamento’, ‘cortes feitos pela Secretaria Estadual de Saúde’ e os ‘hospitais federais do Rio tem um custo muito alto para os padrões da rede pública’ verifica-se a tentativa de responsabilização pelo financiamento nas

⁴⁴ O INSS é uma autarquia do governo federal vinculada ao Ministério da Previdência Social. No entanto, ressaltamos que este trabalho não tem a pretensão de dar conta dos movimentos em torno da Previdência Social apesar da sua proximidade com a saúde, por trata-se de uma instância complexa e atualmente independente que não compreende o objeto principal desta pesquisa.

três instâncias de governo. Uma interpretação possível neste caso é: o município que já tem problemas com o financiamento, ainda enfrenta os cortes feitos pelo estado, além das unidades federais que também não tem recursos suficientes para manter o padrão de atendimento. Se nem o governo federal, detentor do maior nível de arrecadação, é capaz de administrar as suas unidades, como o município poderia fazê-lo dispondo de menos recursos? Este sentido fica ainda mais perceptível em TF07: E18 com os trechos ‘o governo federal não tem verbas’, ‘não a repassa para os Estados’ e ‘as cidades não organizam, portanto, não recebem verbas’.

A Constituição Federal estabeleceu que as ações de saúde devem integrar uma rede regionalizada e hierarquizada, o que só foi regulamentado de fato catorze anos depois, em 2002. Nos enunciados TF21 e TF22 de 2003 observa-se a presença de sentidos que remetem ao processo de estruturação da participação das três instâncias de governo na saúde.

TF21: Conferência pede verba vinculada para a saúde

TF21: E72: A 12ª Conferência Nacional de Saúde **reivindicou** ontem a **destinação de 10% das receitas correntes da União** (total que entra nos cofres do governo federal) **ao orçamento do Ministério da Saúde** (12/12/2003-Cotidiano).

TF21: E73: Atualmente, a União, segundo a Constituição, **deve aplicar na área da Saúde o empenhado no ano anterior acrescido da variação nominal do PIB apurada no ano em que se faz o Orçamento** (12/12/2003-Cotidiano).

TF22: Governo apoiou emenda que prejudica a saúde

TF22: E80: Até 2004, **os Estados têm que aplicar 12% das receitas em saúde**, paulatinamente. Hoje **a maioria gasta menos do que deveria** (mais de R\$ 1 bilhão deixou de ser aplicado no setor em 2002 por conta dos descumprimentos). Se a emenda fosse aprovada, o nível atual de investimento poderia ser mantido sem alcançar 12% (17/12/2003-Cotidiano).

TG08: Rejeitada emenda que devolvia verba da saúde

TG08: E21: Há cerca de um mês o Ministério Público federal emitiu uma recomendação à governadora Rosinha Matheus para que ela retirasse do orçamento o item que permite a **utilização de recursos da área da saúde em programas sociais**. A medida foi tomada **para garantir o cumprimento do percentual mínimo de 12% de repasse para a área da saúde, previsto a emenda constitucional 29** (09/12/2003-Cotidiano).

Além disso, o texto constitucional definiu de forma genérica que o financiamento do sistema único seria feito com recursos do orçamento da seguridade social, da União, dos estados, do Distrito Federal e dos municípios e também de outras fontes. Este artigo 198 só foi alterado em 2000, pela Emenda Constitucional nº 29, a qual, por sua vez, foi aprovada em janeiro de 2012, pela Lei Complementar 141. Desde então, os estados e o Distrito Federal devem aplicar 12% e municípios 15% da arrecadação de impostos nas ações e serviços públicos de saúde. Esta lei, no entanto, não fixou um percentual a ser aplicado pela União.

Em TF21: E72 verifica-se pela construção verbal ‘reivindicou’ o caráter participativo da conferência ao questionar justamente a ausência de um montante fixo a ser

destinado pelo governo federal à saúde. O trecho ‘10% das receitas correntes da União’ remete a uma reivindicação dos movimentos sociais que ao longo dos anos conquistou o apoio de uma série de entidades e formam hoje o movimento “Saúde +10”, o qual coleta assinaturas para um Projeto de Lei de Iniciativa Popular que assegura o repasse efetivo e integral de 10% das receitas correntes brutas da União para a saúde pública brasileira. O que alteraria, dessa forma, a Lei Complementar nº 141. Conforme expresso em TF21: E73, o valor que o governo federal investe em saúde hoje corresponde ao que foi ‘empenhado no ano anterior acrescido da variação nominal do [Produto Interno Bruto] PIB apurada no ano em que se faz o Orçamento’.

Segundo Soares e Santos (2014, p. 20-22) essa estruturação das fontes de recursos propiciou o subfinanciamento do SUS, tendo em vista que não há um valor estável e muitos governos não cumprem a sua contrapartida. Isso é materializado também em TF22: E80 no trecho ‘a maioria [dos estados] gasta menos do que deveria’ e em TG08: E21 ‘para garantir o cumprimento do percentual mínimo de 12% de repasse para a área da saúde, previsto a emenda constitucional 29’. Neste enunciado, também se verifica sentidos que remetem à parceria do Ministério Público para o controle social na saúde ao interferir na ‘utilização de recursos da área da saúde em programas sociais’. Tanto os estados quanto os municípios e próprio governo federal, sob a justificativa da amplitude conceitual que a saúde abarca, utilizaram recursos dos setores para outras políticas. De acordo com os autores, ao longo dos anos estados e municípios aumentaram progressivamente o montante destinado à saúde correspondendo em 2012 a 54,2% do investimento público – 25,31% dos estados e 28,89% dos municípios – e a União contribuiu com os outros 45,8% do total. Em 1990, 74,38% dos recursos públicos eram provenientes do governo federal.

Em 2007, as discussões da saúde giravam em torno do financiamento, pois naquele ano foi debatida a prorrogação da CPMF, imposto temporário criado em 1996 para incrementar os recursos do setor. Segundo o governo federal, sem este montante da contribuição a saúde ficaria descoberta, sem condições de atender às demandas crescentes da população.

TG09: Temporão busca apoio à prorrogação

TG09: E23: O governo aproveita a realização da 13ª Conferência Nacional de Saúde, que reúne cerca de **quatro mil profissionais da área** em Brasília, para **buscar apoio popular à aprovação da CPMF** (16/11/2007-Cotidiano).

TG09: E24: Temporão disse que **se o tributo não for renovado**, muitos estados não terão mais condições de prestar todos os serviços de saúde. - O atendimento de alta e média complexidades vai estar comprometido. **Vão parar cirurgias e internações** (16/11/2007-Cotidiano).

Em TG09: E23 observa-se os sentidos da participação social na saúde sendo acionados, mas mantendo a simplificação e a redução dos participantes da conferência, dessa vez a ‘profissionais da área’ – conforme apresentado anteriormente. Além de profissionais, estão presentes nas conferências gestores e representantes de usuários do SUS. Nos trechos ‘se o tributo não for renovado’ e ‘vão parar cirurgias e internações’, em TG09: E24, verifica-se o discurso de subfinanciamento sendo atravessado pelo discurso do risco de interrupção de alguns serviços, tendo em vista o uso do condicional ‘se - não’ e do verbo ir no futuro, ‘vão’. Nesta perspectiva, o enunciado também indica a responsabilidade dos estados na gestão dos recursos destinados os atendimentos de alta e média complexidade, como cirurgias e internações. Cabe destacar que, apesar da movimentação do governo para a manutenção da contribuição, ela foi extinta em 2007 e os anos seguintes acumularam os maiores percentuais de variação no período analisado, tanto do investimento do governo federal em saúde pública quanto do PIB *per capita* (SOARES E SANTOS, 2014, p. 21).

Observa-se que nos discursos que acionam os sentidos de culpabilização do Estado pelo subfinanciamento da saúde prevalece a utilização de conjugações do verbo ‘gastar’ para designar o montante destinado à saúde.

TF09: Doença mata 700 mil/ano.

TF09: E25: O país **gasta** por ano US\$ 300 per capita com saúde (somados os gastos públicos e privados). Segundo Carlyle Guerra de Macedo, da Opas (Organização Pan-Americana de Saúde), **deveria gastar** pelo menos US\$ 400 **para resolver os principais problemas da assistência à saúde** (03/09/1996 - Saúde Mental).

TF17: Financiamento deve dominar as discussões

TF10: E27: A ata final da 10ª Conferência Nacional de Saúde deverá ter como principal reivindicação o aumento do **gasto** per capita anual de US\$ 300 para US\$ 500. Para isso, o Ministério da Saúde **precisaria** ter orçamento anual de R\$ 45 milhões - quase quatro vezes o valor deste ano, que é de R\$ 12 milhões (05/09/1996 – Saúde).

TF17: E50: O país **gasta** hoje cerca de US\$ 185 em saúde por pessoa por ano e 45% dos **gastos** são de origem pública. **Países com um sistema mais avançados encontram-se no patamar de 70% de origem pública** (07/12/2003-Cotidiano).

Nos três enunciados o sentido principal é de que os recursos ‘gastos’ com saúde no Brasil são insuficientes ‘para resolver os principais problemas da assistência à saúde’ e estão inferiores aos ‘países com um sistema mais avançados’. Em TF09: E25 é mencionado que o valor total aplicado na saúde corresponde à soma dos recursos públicos e privados, o que evidencia a participação de ambos no financiamento e, portanto, no subfinanciamento. Este enunciado também faz referência ao valor de US\$ 400 *per capita* como sendo o mínimo ‘para resolver os principais problemas da assistência à saúde’. É possível interpretar que esta quantia seria capaz de ‘resolver’ os ‘principais’ – mas não todos os – ‘problemas’ da

‘assistência’ à saúde, ou seja, os demais serviços que não os de assistência prestados pelo sistema também poderiam não ter melhorias.

Já em TF10: E27 fala-se no aumento de US\$ 300 para US\$ 500 *per capita* como principal ‘reivindicação’ da conferência. Mais uma vez, a construção a partir verbo ‘reivindicar’ está presente acionando o sentido do caráter participativo da conferência. Porém, neste caso, o jornal silencia uma parcela do setor privado ao dizer que para atingir esse valor o Ministério da Saúde deveria contar com quatro vezes mais dinheiro do que dispunha naquele momento. Além disso, a apresentação dos valores em dólares não dá a real dimensão da quantia a que corresponde, sobretudo, levando-se em conta a oscilação da cotação da moeda internacional. Nesta perspectiva, o discurso é atravessado por sentidos que remetem a uma percepção liberal da economia que reforça a centralidade de grandes economias mundiais, como os EUA, algo que coloca os dados a respeito do Brasil submetidos aos parâmetros desses países.

A literatura sobre a temática do financiamento tem o cuidado de apresentar os valores em real, algo que facilita a percepção e a compreensão dos dados. Outro aspecto importante é que, em se tratando de recursos públicos, olhar para os valores isoladamente pode conduzir a equívocos, sobretudo em função da legislação que utiliza o PIB como variável que incide sobre o que deve ser investido pela União. Dessa forma, cabe ressaltar que entre 1995 e 1998 o governo federal aplicava em valores *per capita* R\$ 222,54 na saúde e tinha um PIB 13.907,46. Desde então, tanto os recursos aplicados no setor quanto o PIB tiveram aumentos, mas a partir de 2003 foram registradas as maiores variações. Entre 2011 e 2012, a saúde contou com o investimento de R\$ 400,06 *per capita* e o PIB passou para R\$ 22.448,27. Isso representou, ao longo de dezessete anos, um crescimento de 1,6% para 1,8% do PIB destinado à saúde pública (SOARES E SANTOS, 2014, p. 21).

Em TF17: E50 é mencionado o valor US\$ 185 como sendo o ‘gasto’ do país em saúde com cada indivíduo, mas não diz se esse valor corresponde a recursos públicos, privados ou os dois somados, embora destaque que 45% do total é de origem pública. O enunciado utiliza como recurso de linguagem a comparação com outros países colocando o sistema brasileiro num patamar de menor desenvolvimento e, portanto, de subfinanciamento, como pode ser interpretado do trecho ‘países com um sistema mais avançados encontram-se no patamar de 70% de origem pública’. Estas informações geram um efeito de opacidade no que se refere ao investimento feito pelo governo e a participação dos outros entes envolvidos na prestação de serviços de saúde.

De acordo com Soares e Santos (2014, p. 22-23), apesar dos anos de 2011 e 2012 terem registrado o maior valor *per capita* destinado pelo governo federal ao setor desde a criação do SUS, verificou-se a sobreposição dos recursos privados. Em 2011, o investimento público correspondeu a 45,7%, enquanto o do setor privado representou 54,3% do total – distribuição que se assemelha a de países como Chile, EUA, México, Paraguai e Venezuela, cujos sistemas não contemplam o acesso universal e integral, como o SUS. Se comparado a países que possuem o sistema de saúde com características semelhantes ao SUS, como Canadá, França, Espanha e Reino Unido, verifica-se que o financiamento é majoritariamente público, variando entre 70% e 83% do valor total.

Cabe destacar que, apesar da grande recorrência de formações discursivas que remetem ao subfinanciamento da saúde pública conforme discutiu-se até aqui, destaca-se também a presença do contradiscurso que aciona sentidos relacionados ao aumento da quantia destinada ao sistema.

TF02: A 16ª Conferência Nacional de Saúde e a municipalização

TF02: E04: Em média, 15% do orçamento municipal está sendo **investido** em saúde, contra históricos 5,2% nos dez anos anteriores a 1989 (11/08/1992 - Opinião - Folha Sudeste).

TF18: Tom oficial marca abertura de conferência

TF18: E61: Costa fez um discurso entremeado por palmas, especialmente quando **criticou o uso de dinheiro do SUS em contratações feitas por fundações de hospitais universitários no governo de Fernando Henrique Cardoso**. O ministro também elencou os reajustes concedidos neste ano, **dizendo que se tratou do maior aumento de verbas para o sistema** (08/12/2003-Cotidiano).

Em TF02: E04 é mencionado o aumento do investimento dos municípios em saúde quando comparado com o período anterior a 1989, ou seja, antes da criação do SUS, embora o sistema não seja citado como o marco que proporcionou alterações na legislação. Reitera-se também a utilização do verbo ‘investiu’, o qual, conforme discutido, aciona sentidos de que os recursos destinados à saúde trazem algum tipo de retorno. Em TF18: E61 o ministro Humberto Costa, primeiro a ocupar a pasta no mandato do ex-presidente Lula, criticou o uso de verbas do SUS para contratações feitas pelo governo anterior e ressaltou que aquele primeiro ano de mandato de Lula registrou o maior aumento de verbas para a saúde. Diante deste cenário, é importante afirmar que apesar dessas críticas do ministro, o governo apoiou mais tarde a criação da fundação pública de direito privado, a qual foi aprovada em 2011 exatamente para administrar os hospitais universitários federais, a Ebserh.

Soares e Santos (2014, p. 24-25) afirmam que o SUS foi implantado em grande medida no aspecto legal, mas não se materializou do ponto de vista prático. Segundo eles, essa dificuldade acontece porque o perfil de investimento em saúde não foi capaz de atender à

estrutura prevista na Constituição. Os autores sustentam que boa parte dos problemas de financiamento do SUS pode ser explicada pelo compromisso do governo federal em produzir o superávit primário para pagar a dívida externa em detrimento do aumento necessário dos recursos destinados a saúde e concluem que o subfinanciamento do SUS é de fato uma política de Estado.

5 CONCLUSÃO

Este trabalho debateu os mecanismos discursivos utilizados pelos jornais *Folha de S. Paulo* e *O Globo* para noticiar as Conferências Nacionais de Saúde ao analisar de que forma são produzidos, mantidos e transformados sentidos sobre as conferências e a participação social na saúde e, para além disso, de que maneira o Estado é responsabilizado pela gestão e financiamento do SUS. Desta forma, foi fundamental entender a comunicação e a saúde como partes de um só campo que busca delinear estratégias de amplificação das vozes tradicionalmente silenciadas diante da predominância de vozes autorizadas de instituições, políticas, da ciência e do saber biomédico. Neste sentido, observou-se que as conferências servem como uma espécie de termômetro para o cenário político na medida em que sua cobertura também é perpassada por um quadro institucional de disputas internas no governo, em que presidentes e ministros dominam o lugar de fala e são vinculados a críticas e argumentações que ora são favoráveis aos posicionamentos do poder executivo e ora os colocam em cheque.

O *corpus* de análise teve origem a partir das notícias que mencionaram o termo Conferência Nacional de Saúde e dos atravessamentos que perpassam esta expressão, fossem elas o assunto principal da matéria ou apenas o acontecimento que justificava a discussão de outras temáticas. Verificou-se que o número de notícias veiculadas não obedeceu a um critério temporal, editorial ou de temática. No entanto, a cobertura da *Folha* superou a d'*O Globo* em recorrência durante todos os anos, exceto em 2007 e 2011. Além disso, foi percebida certa simetria ao longo dos anos na quantidade de textos publicados pelos dois jornais, porém a 9ª conferência, a primeira analisada, e a 14ª contaram com maior e menor ocorrência do termo, respectivamente. Neste aspecto, constatou-se que a noticiabilidade das conferências aconteceu, em certo fluxo, na contramão do aumento da participação da sociedade civil na saúde por meio das conferências. Levando-se em conta que as conferências são fóruns importantes para que a sociedade discuta e aponte soluções para os problemas da saúde, a baixa visibilidade que ganham na mídia configura uma contradição que dificulta a definição de políticas de saúde mais democráticas.

Cada vez mais, a saúde apresenta um viés discursivo no qual a comunicação se faz presente e permite a evidenciação de relações de poder arraigadas à constituição das propriedades do campo compósito que surge a reboque. Por essa razão, a comunicação deve ser incluída como ente participante e constituinte da concepção de saúde, por ser o caminho para a efetivação da participação popular desejada pelo ideário do SUS. Como defende

Murtinho (2012, p. 209), a democratização da comunicação está fortemente relacionada ao cumprimento do direito à saúde e das demandas estruturais do SUS, considerando a potencialidade da mídia de alcançar e participar da construção de imaginários capazes de influir na constituição de um sistema de saúde mais transparente e eficiente na prestação dos serviços. O acesso e a circulação da informação são compreendidos como essenciais ao exercício do controle social pelas instâncias constituídas (nacional, estaduais e municipais), pela sociedade civil e por todos os cidadãos.

O discurso jornalístico é perpassado por mecanismos de linguagem que alteram a natureza dos acontecimentos de forma ideológica, pois há uma natural tentativa de fechamento de sentidos em esquemas simplificados da realidade. Desta forma, apesar da polissemia que caracteriza a saúde os discursos reproduzem sentidos cristalizados que demandam uma cobertura cada vez mais especializada em função dos múltiplos processos e alterações que envolvem um sistema com a complexidade do SUS. Por essa razão, o papel do jornalista em transformar este mundo complexo em universo compreensível exige um conhecimento mais aprofundado das questões que envolvem a saúde brasileira. No entanto, deve-se destacar que dar conta da heterogeneidade das políticas de saúde não é tarefa simples para quem elabora, para quem pesquisa, para quem divulga informação e tampouco para quem usa, mas o esforço em fazê-lo é determinante para a democratização do acesso e para a melhoria dos serviços de saúde.

Além disso, ao atentarmos para uma perspectiva comparada com outros países, a fragmentação e a diversificação dos modelos de proteção social e de atenção à saúde evidenciam a maneira como cada Estado incorpora e confere responsabilidades neste âmbito – seja assumindo as políticas de seguridade, atribuindo à iniciativa privada ou dividindo com ela a prestação e manutenção dos sistemas e serviços. Sob este prisma, a manutenção da hegemonia de discursos jornalísticos que vinculam o Estado a uma má gestão e a um subfinanciamento da saúde brasileira corrobora para o imaginário construído no qual figura a precariedade do sistema, tida como consensual pela literatura. Algo que inevitavelmente contribui para uma valorização do privado, o qual aparece como alternativa imediata sob a força da contraposição e ganha fôlego diante da crescente assimilação da ideologia neoliberal pelos Estados.

Essa tendência de diminuição da participação do Estado nas políticas públicas se opõe ao modelo de Estado de bem-estar social introduzido pelo Brasil a partir da Constituição de 1988. Na perspectiva de Magno e Paim (2015, p. 11), a luta por saúde como direito de cidadania é essencialmente anticapitalista. Para eles, a possibilidade de ascensão social por

meio do consumo combinado com a desassistência e barreiras de acesso que ainda estão presentes no sistema público de saúde contribuem para que os produtos vendidos pelas operadoras de planos privados de saúde integrem a lista de desejo das classes populares como sinônimo de melhoria de vida. Neste cenário, em que cresce a rejeição ao SUS os autores consideram que as forças progressistas, ligadas com o processo de Reforma Sanitária em curso, necessitam se realinhar na construção de força social para um projeto de sociedade que compreenda a saúde como parte de um conjunto de transformações sociais que revolucionem o modo de vida dos indivíduos e dos grupos nos quais estão inseridos. Para isso, é importante que o debate da saúde permeie e mobilize a sociedade civil organizada. Deste ponto de vista, a luta por saúde é extremamente comunicativa e profundamente democrática.

No entanto, para que o SUS seja objeto real de disputa, é necessário colocar em jogo seus sentidos e expor os discursos que instituem regimes de verdade no seu âmago. É nesta perspectiva que o campo da Comunicação e Saúde é capaz de contribuir para o avanço das políticas públicas em saúde e para a evidenciação das relações de poder que se cristalizam ao longo dos anos sobre as práticas sociais. O poder transformador do campo se concentra justamente em sua capacidade de lançar luz sobre as sociabilidades constituídas no âmbito da saúde, permitindo que novas pesquisas sejam alicerçadas sobre os saberes que aos poucos vão sendo estabelecidos e sedimentados para transformar políticas públicas em serviços realmente efetivos e de qualidade.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA FILHO, Naomar de. **O que é saúde?**. 1 ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2011.160 p.

ANDRADE, Liliane Lopes, *et al.* As conferências de saúde, após a implementação do Sistema Único de Saúde (SUS). **Revista Tempus – Actas de Saúde Coletiva**. Brasília: UNB, v.7, n1, pp. 263-279, 2013. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.18569/tempus.v7i1>>. Acesso em: 10 jan. 2016.

ARAÚJO, Inesita Soares de. Contextos, mediações e produção de sentidos: uma abordagem conceitual e metodológica em comunicação e saúde. **RECIIS**, v.3, n.3, p. 42-49, 2009. Disponível em: <<http://goo.gl/IXC0Qq>> Acesso em: 09 ago. 2014.

_____. O Campo da Comunicação e Saúde: contornos, interfaces e tensões. In: XXXVI Congresso Brasileiro de Ciências da Comunicação. **Anais**. Manaus, AM, 2013. Disponível em: <<http://goo.gl/abm009>>. Acesso em: 06 ago. 2014

_____; CARDOSO, Janine Miranda. **Comunicação e Saúde**. 1 ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007. 152 p.

_____; CARDOSO, Janine Miranda; MURTINHO, Rodrigo. A Comunicação no Sistema Único de Saúde: cenários e tendências. **Revista Latinoamericana de Ciencias de la Comunicación**, v. 6, n. 10, pp. 104-115, 2009. Disponível em: <<http://goo.gl/zuX4DK>>. Acesso em: 30 jun. 2015.

ARAÚJO, Carolina Pires. A “Comunicação em Saúde” sob a perspectiva de campo em Bourdieu. In: 8º Encontro Regional de Comunicação. **Anais**. Juiz de Fora, 2010. Disponível em: <<https://goo.gl/tsLpBX>>. Acesso em: 15 out. 2013.

AROUCA, Sérgio. **O dilema preventivista**: contribuição para compreensão e crítica da medicina preventiva. Tese (Doutorado) apresentada à Faculdade de Ciências Médicas - Universidade Estadual de Campinas, 1975.

BOSCHETTI, Ivanete. Seguridade Social no Brasil: conquistas e limites à sua efetivação. CFESS. ABEPSS. (Org.). **Serviço Social: direitos sociais e competências profissionais**. Brasília, DF: CEAD: Ed. UnB, 2009.

BOURDIEU, Pierre. **O poder simbólico**. Lisboa: Difel, 1989.

_____. **Os usos sociais da ciência**: por uma sociologia clínica do campo científico. São Paulo: Editora UNESP, 1997.

BRASIL. Senado Federal. **Lei N. 378**. Dá nova organização ao Ministério da Educação e Saúde Pública, 1937.

_____. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado, 1988.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **As Conferências Nacionais de Saúde: Evolução e perspectivas**. (CONASS Documenta; 18). Brasília: CONASS, 2009. 100 p.

_____. Relatório da 8ª Conferência Nacional de Saúde. Ministério da Saúde, 1986.

_____. Relatório da 14ª Conferência Nacional de Saúde. Ministério da Saúde, 2011.

CANGUILHEM, Georges. **O normal e o patológico**. Tradução de Maria de Threza Redig de C. Barrocas e Luiz Octávio F. B. Leite. 5. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2002, 307 p.

CARDOSO, Janine Miranda. **Comunicação, saúde e discurso preventivo**: reflexões a partir de uma leitura das campanhas nacionais de Aids veiculadas pela TV (1987 - 1999). 2001. Dissertação (Mestrado) - Escola de Comunicação, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro. 2001.

CARVALHO, Flávia Garcia de. *et al.* Jogos digitais na comunicação direcionada a jovens: análise comparativa de dois jogos sobre DST e Aids. In: XIX Congresso de Ciências da Comunicação na Região Sudeste. **Anais**. Vila Velha, ES, 2014. Disponível em: <<http://www.portalintercom.org.br/anais/sudeste2014/resumos/R43-1273-1.pdf>>. Acesso em: 08 ago. 2014.

CONILL, Eleonor. Sistemas comparados de saúde. In: CAMPOS, Gastão Wagner de Souza. *et al.* (Orgs.) **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro, Fiocruz, 2006.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **Documento Orientador de apoio aos debates da 15ª Conferência Nacional de Saúde**. 7 mai. 2015. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/web_15cns/docs/05mai15_Documento_Orientador_15CNS.pdf>. Acesso em: 16 jan. 2016.

_____. **Diretrizes aprovadas nos grupos de trabalho ou na plenária final**. 2016. Disponível em: <<http://conferenciasaude15.org.br/wp-content/uploads/2016/01/Diretrizes-Aprovadas-Vers%C3%A3o-Final.pdf>>. Acesso em: 15 jan. 2016.

COSTA, Stéphanie Lyanie de Melo e. **Comunicação, campanhas e bioidentidades**: discursos sobre o HIV entre governos, OSCs e soropositivos. Dissertação (Mestrado) apresentada à Faculdade de Comunicação Social – Universidade Federal de Juiz de Fora, 2014.

CORREIA, Maria Valéria Costa. Controle social. In: **Dicionário da Educação Profissional em Saúde**. Rio de Janeiro: Escola Politécnica Joaquim Venâncio/Fiocruz; 2009. Disponível em <<http://bit.ly/1gCzDY7>>. Acesso em: 05 dez. 2015.

CNI-IBOPE. **Retratos da sociedade brasileira**: saúde pública. 2012. Disponível em: <<http://bit.ly/1ubBoSp>>. Acesso em: 30 ago. 2014.

DATAFOLHA (Instituto de Pesquisa DataFolha). **A opinião dos brasileiros sobre o atendimento na área de saúde**. 2014. Disponível em: <<http://portal.cfm.org.br/images/PDF/apresentacaoCFMdataFolha.pdf>>. Acesso em: 14 dez. 2014.

ESCOREL, Sarah; BLOCH, Renata Arruda de. As conferências nacionais de saúde na construção do SUS. In: LIMA, N.T. et al. (Org). **Saúde e Democracia: história e perspectivas do SUS**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005, p. 83-119.

FOUCAULT, Michel. **O nascimento da clínica**. Rio de Janeiro: Editora Forense Universitária, 1977.

_____. **Microfísica do poder**. Organização e Tradução: Roberto Machado. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1979.

_____. “On governmentality”. I&C, pp. 5-22, 1979a.

_____. O sujeito e o poder. DREYFUS, Hubert; RABINOW, Paul. Michel Foucault. **Uma trajetória filosófica: para além do estruturalismo e da hermenêutica**. Rio de Janeiro: Forense Universitária. pp.231-249, 1995.

_____. **A ordem do discurso: Aula Inaugural no Collège de France (1970)**, (trad. de Laura Fraga de Almeida Sampaio). São Paulo: Edições Loyola, 1996.

_____. **Resumo dos cursos do Collège de France 1970-1982**. Tradução Andréa Daher. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1997.

_____. **Em defesa da sociedade: Curso no Collège de France (1975-1976)**. Trad. Maria Ermantina Galvão. São Paulo: Martins Fontes, 2000.

_____. **História da Sexualidade I: A Vontade de Saber**. 18ª edição. Rio de Janeiro: Graal, 2007.

_____. **Nascimento da Biopolítica: curso dado no College de France (1978-1979)**. Tradução Eduardo Brandao. São Paulo: Martins Fontes, 2008.

_____. **Segurança, território, população: curso dado no College de France (1977-1978)**. Tradução Eduardo Brandao. São Paulo: Martins Fontes, 2008a.

_____. **A arqueologia do saber**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2009.

FLEURY, Sônia. **Estado sem cidadãos: seguridade social na América Latina**. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, 1994.

_____. A questão democrática na saúde. In: FLEURY, Sonia (org.). **Saúde e democracia: a luta do CEBES**. São Paulo: Lemos Editorial, 1997.

_____. Do welfare state ao warfare state. **Le monde diplomatique**. Fev, 2013. Disponível em: <<http://www.diplomatique.org.br/artigo.php?id=1347>>. Acesso em: 19 jun 2015.

GOMES, Fábio de Barros Correia. Impasses no financiamento da saúde no Brasil: da constituinte à regulamentação da emenda 29/00. **Saúde em Debate**. v.38, n.100. Rio de Janeiro: Cebes. jan/mar, 2014. pp. 6-17.

IPEA (Instituto de Pesquisas Econômicas Aplicadas). **Sistema de Indicadores de Percepção Social**. São Paulo: o autor, 2011.

LIMA, Venício Artur. Revisitando as sete teses sobre mídia política no Brasil. In: **Comunicação & Sociedade**, Ano 30, n. 51, p. 13-37, jan./jun, 2009.

MACHADO, Roberto. Por uma genealogia do poder. In: FOUCAULT, Michel. **Microfísica do poder**. Rio de Janeiro: Graal, 1979.

MAGNO, Liz Duque; PAIM, Jairnilson S. Dos clamores nas ruas aos rumores no Congresso: uma análise da conjuntura recente da saúde no Brasil. **RECIIS – Revista Eletrônica de Comunicação Informação e Inovação em Saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, out/dez, 2015. 14p.

MENDES, Eugênio Vilaça. O SUS que temos e o SUS que queremos: uma agenda. **Revista Mineira de Saúde Pública**, Ano 03, n 04, p.04-26, jan./jun, 2004.

MILLER, Peter; ROSE, Nickolas. **Governando o presente**. São Paulo: Paulus, 2012.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. Saúde é desenvolvimento: esse é o desafio da 13ª Conferência Nacional de Saúde. In: **Ciência e Saúde Coletiva**, v.12. Rio de Janeiro, nov. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232007000700001&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt&userID=-2>. Acesso em: 17 jan. 2016.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Conselho Nacional de Saúde. **12ª Conferência Nacional De Saúde: Conferência Sergio Arouca - Saúde um direito de todos e um dever do Estado. A saúde que temos, o SUS que queremos**. Relatório Final. Brasília, 2004. Disponível em: <<http://bit.ly/IJN9rH>>. Acesso em: 15 abr. 2012.

_____. Blog da saúde. **Participantes da 15ª CNS defendem SUS justo e de qualidade**. Plataforma Social [Internet]. 02 dez. 2015. Disponível em: <<http://goo.gl/SSA7bb>>. Acesso em: 17 jan. 2016.

MOORE, Michael. **SiCKO – \$O\$ Saúde**. EUA, 2007. Disponível em: <<https://www.youtube.com/watch?v=VoBleMNAwUg>>. Acesso em: 17 mar. 2015.

MURTINHO, Rodrigo. **Estado, comunicação e cidadania: diálogos pertinentes sobre a relação entre direito à saúde e direito à comunicação**. Tese (Doutorado) apresentada ao Instituto de Arte e Comunicação Social - Universidade Federal Fluminense, 2012.

OLIVEIRA, Valdir de Castro. A comunicação midiática no Sistema Único de Saúde. **Interface - Comunicação, Saúde e Educação**. Botucatu, v. 7, p. 71-80, 2000. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v4n7/06.pdf>>. Acesso em: 13 out. 2013.

_____. As fabulações jornalísticas e a saúde. In: LERNER, K.; SACRAMENTO, I. (Orgs.) **Saúde e Jornalismo: interfaces contemporâneas**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2015.

ORLANDI, Eni Puncinelli. **Análise de Discurso: Princípios e Procedimentos**. São Paulo: Pontes Editores, 2005.

_____. **As formas do silêncio: no movimento dos sentidos**. Campinas, SP: Editora da UNICAMP, 2007.

_____. **Interpretação:** Autoria, leitura e efeitos do trabalho simbólico. Campinas, SP: Editora Pontes, 2007.

_____. **Discurso e texto:** formulação e circulação dos sentidos. Campinas, SP: Editora Pontes, 2001.

_____. **Discurso em análise:** Sujeito, Sentido, Ideologia. 2. ed. Campinas, SP: Editora Pontes Editores, 2012.

OCKÉ-REIS, C. **Política de saúde:** entre o ajuste fiscal e o programa democrático e popular. Plataforma Social [Internet]. 05 abr 2015. Artigo. Disponível em: <<http://plataformapoliticasocial.com.br/politica-de-saude-entre-o-ajuste-fiscal-e-o-programa-democraticopopular/>>. Acesso em: 17 jan 2015.

OJEDA, Beatriz. **A tecedura das relações saber-poder em saúde:** Matizes de Saberes e Verdades. 2004. Tese Doutorado em Psicologia – Faculdade de Psicologia, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2004.

OPAS/OMS. **Declaração de Alma-Ata.** Conferência Internacional sobre Cuidados Primários em Saúde. 1978. Disponível em <<http://bit.ly/19qjMfR>>. Acesso em: 05 dez. 2015.

_____. **Carta de Ottawa.** Primeira Conferência Internacional Sobre Promoção da Saúde. 1986. Disponível em <<http://bit.ly/1d1BjGf>>. Acesso em: 05 dez. 2015.

PAIM, Jairnilson Paim. **O que é o SUS.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009.

_____. **Reforma Sanitária Brasileira:** contribuição para compreensão e crítica. Salvador: EDUFBA, Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

_____; *et al.* O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. **The Lancet, Saúde no Brasil**, 2011. p.11-31.

PALMA, Ana Maria Meirelles; TAVARES, Thereza Christina de Aguiar. Perguntar não ofende. O cientista agradece. In: LOPES, Boanerges; NASCIMENTO, Josias. **Saúde e imprensa: o público que se dane!** Rio de Janeiro: Mauad, 1996.

RABINOW, Paul.; ROSE, Nickolas. O conceito de biopoder hoje. In: **Revista de Ciências Sociais. Política e Trabalho.** n.24. pp.27-57. Abril, 2006.

REDE CANCER. **O desafio da comunicação em saúde.** Rio de Janeiro: INCA, ago. 2007. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/periodicos/rede_cancer_2.pdf>. Acesso em: 15 out. 2013.

RODRIGUES, A. D. **Estratégias de Comunicação.** Lisboa: Editorial Presença, 1990.

RODRIGUES, Neto. A via do Parlamento. In: FLEURY, Sônia. (Org.) **Saúde e Democracia: a luta do Cebes.** São Paulo: Lemos, 1997. pp. 63-91.

SANTOS, Rone Eleandro dos. **Genealogia da Governamentalidade em Michel Foucault.** Dissertação (mestrado) - Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2010.

SOARES, Adilson; SANTOS, Nelson Rodrigues dos. Financiamento do Sistema Único de Saúde nos governos FHC, Lula e Dilma. **Saúde em Debate**. v.38, n.100. Rio de Janeiro: Cebes. jan/mar, 2014. pp. 18-25.

SCLIAR, Moacir. História do conceito de saúde. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, vol.17 n.1, jan./abr, 2007. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312007000100003>>. Acesso em: 11 jan. 2016.

SODRÉ, Muniz. **A Narração do Fato**. Petrópolis – RJ. Editora Vozes, 2009.

VILELLA, Cícero Costa. **Mídia, territorialidades e subjetivações: uma cartografia discursiva sobre as favelas**. Dissertação (Mestrado) apresentada à Faculdade de Comunicação Social – Universidade Federal de Juiz de Fora, 2014.

ANEXO A – TEXTOS DA FOLHA DE S. PAULO

Agosto de 1992: 9ª Conferência Nacional de Saúde

TF01: 04/08/1992 - Paineis - Brasil

Desgoverno

Sexta, os coordenadores de comunicação dos principais órgãos federais foram a Brasília para saber como fazer a descentralização da publicidade oficial. Ontem, não sabiam o que fazer diante da demissão de Pedro Luiz.

Jogo bruto

Há uma briga de bastidores na CPI envolvendo os supostos cheques de PC Farias e seus fantasmas nas contas de parlamentares. Há um trabalho intenso na cúpula da comissão para que esses cheques não venham a público.

Tudo junto

Lula vai propor a Quéricia e Tasso Jereissati que o pedido de impeachment seja feito por uma frente partidária ampla, mas não só isso. O PT quer que ele seja elaborado por uma comissão suprapartidária de juristas.

Pós-muro

A tese do governo de "União Nacional" com Itamar Franco divide o PT. Parte da direção caminha neste sentido. Quéricia quer o mesmo. Em outros tempos, pensar na idéia já seria heresia.

Vale tudo

Na tentativa de ressuscitar, Collor anuncia o pacote agrícola quinta como uma grande festa política.

participando, a uma palavra.

Diga 33

Marcello e Jatene participam dia 10 da abertura da 9ª Conferência Nacional de Saúde. Lula, Delfim e Fernando Henrique também irão. Dependendo do andar da carruagem, só a saúde política do governo deverá entrar em pauta.

Em pauta

O Collorgate entrou, na última hora, na pauta da reunião da Associação dos Magistrados do Brasil, convocada para discutir reforma constitucional. Algumas associações regionais querem uma posição pública sobre o assunto.

Maior abandonado

Jacques Wagner (PT-BA) acha que ACM pode estar pensando no artigo 133 do Código Penal ao decidir segurar Collor. O artigo considera crime abandonar alguém incapaz de se defender dos riscos do abandono.

TIROTEIO

Do deputado do PDS, Victor Faccioni, sobre a posição que o representante do partido deve adotar na votação do relatório da CPI do Collorgate:

— Esperamos que ele vote junto com o José Paulo Bisol (PSB). Caso contrário, a bancada do partido poderá se manifestar, desautorizando seu voto.

CONTRAPONTO**Saída oportuna**

A CPI do Collorgate começava a pegar fogo com as novas evidências ligando PC Farias ao presidente Collor e o governo mergulhava em sua fase de maior descrédito político. Encontram-se no Congresso o senador Jarbas Passarinho, ex-ministro da Justiça, e o deputado Victor Faccioni, ex-líder do PDS na Câmara.

— Senador, queria parabenizá-lo por estar fora do governo neste momento, diz Faccioni, estendendo-lhe a mão.

Passarinho sorri, meio sem jeito, ao ver o colega pedessista. Afinal, ainda tinha na lembrança a

batalha em que tomou parte, quando ministro, para torpedear a sua recondução para a liderança do partido. Faccioni, na época, desagradava o Planalto com suas idéias de formar um bloco independente, que não se sujeitasse ao governo. Mesmo assim, Passarinho faz um gracejo:

— Tenho sido muito cumprimentado por ter saído do governo em tempo, comenta.

— Pois, além de cumprimentá-lo, eu queria lhe agradecer porque o senhor, antes de sair, me ajudou a sair. Já imaginou se eu estivesse lá agora?

FOLHA DE S. PAULO

Um jornal a serviço do Brasil ★★★

OPINIÃO

As opiniões contidas no artigo desta página são de inteira responsabilidade de seus autores, não refletindo necessariamente a posição da Folha

A 16ª Conferência Nacional de Saúde e a municipalização

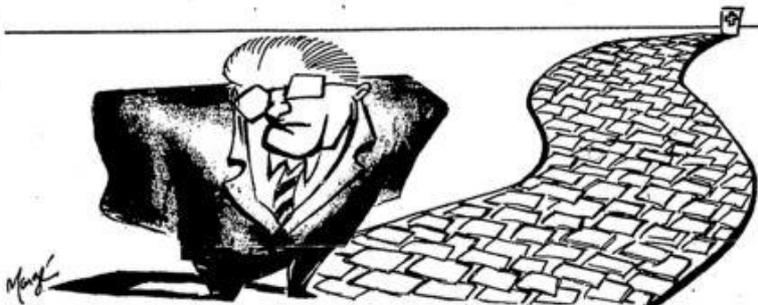
DAVID BRAGA JR.

Com a participação confirmada de 3.000 delegados e 6.000 participantes, representando instituições e movimentos envolvidos com a organização e gestão do Sistema Único de Saúde (SUS), realiza-se em Brasília, até sexta-feira, a 16ª Conferência Nacional de Saúde.

Raras cidades do Brasil estão adiantadas, como Campinas, na implantação do SUS, quer do ponto de vista jurídico-burocrático, quer sob aspecto prático de prestação de serviços à população.

A rede básica de Campinas é uma realidade composta por 46 unidades, responsáveis pelo atendimento médico direto a cerca de 60% da população, tendo realizado, em 1991, 1,2 milhão de consultas médicas e três vezes esse número em atendimento de enfermagem e outros procedimentos. Todas as especialidades podem ser con-

A rede básica de Campinas é responsável pelo atendimento médico a cerca de 60% da população



niados, implementada pela Secretaria Municipal de Saúde em parceria com Secretaria Estadual de Saúde. O número de pacientes rejeitados pelo sistema hospitalar caiu a zero a

que adote, como posição oficial para os municípios que destinam ao Sistema Local de Saúde mais de 10% dos seus orçamentos, contrapartida federal e estadual para o Fundo Municipal de Saúde no mínimo três vezes maior que os recursos municipais alocados, para que, sob controle social do Conselho Municipal de Saúde, o SUS local possa ser organizado e mantido.

sultadas, bem como programas específicos para o trabalhador: o doente mental e bucal, portador de doenças sexualmente transmissíveis e Aids, crianças, mulheres, a prevenção de doenças, a atenção ao meio ambiente, a produção de informações sobre saúde e doença funcionam a plena carga.

A rede hospitalar de Campinas sofreu expansão real de leitos. Outra expansão da capacidade hospitalar local deu-se através da reativação de 200 leitos em hospitais conve-

cerca de 60% da população

partir da implantação da central de vagas no dia 3 de julho.

A Secretaria Municipal da Saúde e o Hospital Mário Gatti contam com 2.700 funcionários e outros 1.500 estão sendo contratados. Diariamente, 500 médicos trabalham no atendimento à população. Em média, 15% do orçamento municipal está sendo investido na saúde, contra históricos 5,2% nos dez anos anteriores a 1989.

A posição da Secretaria na Conferência Nacional será a de exigir do governo federal

A inexistência de transferência direta de recursos do fundo mantém o SUS local refém da política clientelista de ocasião, bem como impede a atenuação de conflitos internos às prefeituras nas suas áreas mais sensíveis, como são as relacionadas às finanças públicas e à administração. Transferências diretas independentes de produção permitem efetivamente o que está preconizado na Constituição, qual seja: é o município o gestor do SUS local.

DAVID BRAGA JR., 39, é médico, professor universitário, diretor do Departamento de Saúde da SPMS e delegado na Conferência Nacional de Saúde.

Para PT e PSDB, política recessiva atinge a saúde

O presidente do PT, Luis Inácio Lula da Silva, e o senador Fernando Henrique Cardoso

(PSDB-SP) responsabilizaram a recessão pelo fracasso das políticas públicas. Eles foram palestrantes na a 9ª Conferência Nacional de Saúde, em Brasília. O ministro da Saúde, Adib Jatene, disse que o governo não cria recursos, apenas arrecada.

MÁRCIA RÉGIS

Da Reportagem Local

A 9ª Conferência Nacional de Saúde, em Brasília, discute hoje o seu tema mais polêmico: a proposta de liberação do comércio de sangue no país.

A Constituição proíbe a mercantilização de sangue e derivados. A lei que trata do processamento e da transfusão de sangue, entretanto, não está regulamentada. Segundo o hematologista Crescêncio Antunes da Silveira Neto, 43, vice-presidente do Conselho Federal de Medicina, "grupos econômicos de pressão" interessados na criação de bancos de sangue privados tentam achar brechas para burlar a Constituição.

O temor de hematologistas é que haja uma proliferação de bancos de sangue particulares e consequente aumento dos riscos de contaminação. Hoje, existem no Brasil 2.700 bancos particulares —que, a princípio, não cobram pelo sangue mas pelos custos envolvidos no processamento dos derivados. Esses bancos deveriam ser fiscalizados pelas secretarias estaduais de Saúde. Mas, esse controle só existe de fato em São Paulo, Rio, Rio Grande do Norte, Ceará, Paraná e Pernambuco, segundo a hematologista Meirione Costa e Silva.

Costa e Silva, 53, acaba de ser exonerada da coordenação do Programa Nacional de Sangue e Hemoderivados do Ministério da Saúde. Em carta dirigida ao ministro da Saúde, Adib Jatene, ela diz ter saído por descobrir um funcionário do seu setor que "traficava influência" para beneficiar uma empresa particular de construção de bancos de sangue.

Quando foi exonerada, Costa e Silva organizava um cadastro dos 2.700 bancos de sangue particulares do país. A rede pública tem 800 bancos que, segundo ela, já atendem 70% dos usuários. Costa e Silva é a única representante brasileira de um comitê internacional especializado no controle dos fatores 8 e 9 (produtos do sangue usados pelos hemofílicos).

O Emendão da Constituição, proposto em 91 pelo governo Collor, retira do Estado o controle sobre o processamento do sangue. Pelo projeto, só seria proibido o comércio da coleta e transfusão.

A "guerra do sangue" se traduz em dois projetos que tramitam hoje no Congresso. O do deputado federal Roberto Jefferson (PTB-RJ), na mesma linha do Emendão, defende ainda a privatização dos bancos de sangue. O outro, do deputado federal Celso Castro (PSB-MG), reforça o que diz a Constituição afirmando a necessidade de regulamentar a lei.

SAÚDE

Médica diz que 44% das mulheres em idade fértil estão estéreis

Da Sucursal de Brasília

Cerca de 44% das mulheres brasileiras em idade reprodutiva estão estéreis, segundo a médica Albertina Duarte Takuitu, do Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo, que participou ontem do painel "Mulher — Corpo Lesado", como parte da 9ª Conferência Nacional de Saúde.

O principal método anticoncepcional usado na esterilização das brasileiras é a laqueadura, de

acordo com a médica. "O corpo da mulher foi um investimento altamente lucrativo nos últimos anos", afirmou. Takuitu mencionou estatísticas sobre a saúde da mulher no Brasil que, na sua opinião, significam "violação dos seus direitos".

A médica citou, por exemplo, que mais de 50% do total de partos no país são feitos através de cesarianas e que as taxas de mortalidade materna são semelhantes às da África. As complicações da gravidez, do parto e do

puerpério chegam a 62%, sendo que eclâmpsia, hipertensão e infecções pós-parto matam 14 mães a cada 10 mil nascidos vivos.

Segundo a médica, o aborto é responsável por 10% da mortalidade materna, ou seja, a cada 10 mil nascidos vivos, morre uma mulher por aborto no país.

A 9ª CNS está sendo realizada em Brasília desde domingo e termina amanhã. A plenária de hoje será sobre "Controle Social na Seguridade Social e no Sistema Único de Saúde".

O PERSONAGEM**Ministro faz reunião
adiada três vezes**

Cesar Albert Foké Inagati



O ministro Adib D. Jatene, da Saúde (foto), preside a 9ª Conferência Nacional de Saúde, realizada na semana passada em Brasília. A reunião, que vinha sendo adiada nos últimos três anos, tem por objetivo melhorar o atendimento médico à população.

Conferência nacional de saúde em Brasília

Poucos resultados práticos imediatos.

Realizou-se em Brasília a Conferência Nacional de Saúde entre os dias 9 e 14 de julho, com 3.000 delegados e muita confusão, devido ao momento político atual, e com pouca eficiência.

A Constituição de 1988 consagra a idéia de municipalização do sistema de saúde. Isto significa que a prefeitura local deve ser a coordenadora da assistência médica. De que forma? Com que recursos? Deve organizar o Conselho Municipal de Saúde para receber verbas do Governo Federal. O governo federal não tem verbas. A única que possui é a do INPS que é muito pouca e não a repassa para os Estados, que por sua vez não organiza os conselhos estaduais (o estado de São Paulo é um dos seis estados que realizou seu conselho), as cidades não organizam seu conselho municipal, portanto, não recebem verbas.

Dos 4.491 municípios do Brasil, 40% tem menos de 30.000

habitantes e 40% tem menos de 10.000 habitantes, o que significa que não poderão assumir os encargos da saúde. A cidade de São Paulo também não criou a Comissão Municipal de Saúde por divergências entre a prefeitura e o estado. O ministro da saúde, reclamou novamente de verbas mínimas para pagar hospitais e postos de saúde.

A Ideologia predominante no encontro foi a estatizante, que impediu debates criativos, afirmou o ministro da previdência, que não conseguiu falar, devido às vaías. No relatório final, foi rejeitada a privatização das áreas de saúde, indo contra uma tendência que se registra em todo o mundo.

O Dr. Celso Guerra, presidente da APM, apresentou o plano de saúde elaborado em conjunto com o CRM, que incentiva o melhor relacionamento entre médico e paciente e é contra a estatização ineficiente.

OPINIÃO

Saúde: vida ou morte?

JOSÉ MAXIMIANO BARRETOS

O governo conseguiu, em pouco mais de dois anos, gerar uma das maiores recessões da história da economia brasileira, com um alto índice de desemprego e subemprego para parcelas cada vez maiores dos trabalhadores do país, diminuindo a capacidade produtiva das empresas e levando muitas delas a concordatas e falências.

Dando continuidade à política neoliberal, o governo Collor propõe uma ampla revisão constitucional, que acaba com as poucas conquistas sociais conseguidas na Constituição de 1988. Ela elimina vários direitos adquiridos (como a aposentadoria por tempo de serviço), sucateia e privatiza as universidades, paralisa as pesquisas, limita as ações sindicais, centraliza a arrecadação de tributos com perdas para os Estados e municípios e acaba com a seguridade social.

Enquanto a nação assiste a um

processo de corrupção de grande monta emanado de um grupo político —que alegando moralidade e modernização passou a tratar o patrimônio público como propriedade privada—, aconteceu a 9ª Conferência Nacional de Saúde.

Essa conferência, realizada em Brasília no período de 9 a 14 deste mês, reforça o cumprimento da atual Constituição Federal e das leis nº 8.080 e nº 8.142, trazendo grandes avanços rumo a um sistema de saúde democrático.

O atual modelo de atenção à saúde ainda está muito distante do que deseja a sociedade brasileira. O desejo de um sistema único de saúde eficiente foi demonstrado pelos quase 3.000 delegados que participaram da conferência, cujas decisões encaminham a um processo de comando único em cada esfera de governo,

através de conselhos de saúde com poderes deliberativos e equânimes, oferecendo a todos os usuários os mesmos direitos. O sistema único de saúde deve ser financiado com recursos públicos para a prestação pública de serviços, sendo o privado suplementar. Deve ser descentralizado, dando aos municípios poder e recursos para a prestação de tais serviços.

O modelo atual privilegia os ricos, que podem pagar e ser atendidos de imediato, enquanto os pobres ficam meses e meses nas filas de espera. As resoluções desta 9ª conferência criam mecanismos que estimulam a população pobre a exercer seus direitos. Entretanto, é necessário que a sociedade esteja organizada e preparada para conquistá-los efetivamente na prática, ou a saúde será morte.

JOSÉ MAXIMIANO BARRETOS, 39, é presidente do Sindicato dos Trabalhadores nas Indústrias de Alimentação de Catanduva e delegado na 9ª Conferência Nacional de Saúde.

TF09: 03/09/1996 - Saúde Mental

Doença mata 700 mil/ano

da Sucursal de Brasília

Cerca de 700 mil pessoas morrem a cada ano no Brasil em decorrência de doenças que poderiam ter sido evitadas. Diarréias, infecções respiratórias, sarampo e coqueluche são algumas das doenças que não deveriam mais fazer vítimas.

A falta de uma política de prevenção e promoção da saúde foi tema do primeiro dia de debates da 10ª Conferência Nacional de Saúde, que começou anteontem à noite em Brasília.

O país gasta por ano US\$ 300 per capita com saúde (somados os gastos públicos e privados).

Segundo Carlyle Guerra de Macedo, da Opas (Organização Pan-Americana de Saúde), deveria gastar pelo menos US\$ 400 para resolver os principais problemas da assistência à saúde.

A conferência reunirá até sexta 4.000 pessoas.

TF10: 05/09/1996 - Saúde

ENCONTRO

Conferência pede verbas para saúde

Ata deve reivindicar mais gastos no setor

DANIELA FALCÃO
da Sucursal de Brasília

A ata final da 10ª Conferência Nacional de Saúde deverá ter como principal reivindicação o aumento do gasto per capita anual com saúde de US\$ 300 para US\$ 500.

Para isso, o Ministério da Saúde precisaria ter orçamento anual de R\$ 45 bilhões —quase quatro vezes o valor deste ano, que é de R\$ 12 bilhões.

O gasto com saúde no Brasil é um dos mais baixos da América Latina, segundo Paulo Marchiori Buss, vice-presidente da Fundação Oswaldo Cruz.

O governo entra com US\$ 200, e o setor privado, com US\$ 100.

A Argentina gasta US\$ 600, Os EUA têm gasto anual de US\$ 2.800.

Segundo Buss, o Brasil investiu 3,5% do seu PIB (Produto Interno Bruto) em saúde em 1995. Os EUA investiram 12%. Por isso, explicou Buss, a ata da conferência vai cobrar do governo au-

mento dos investimentos.

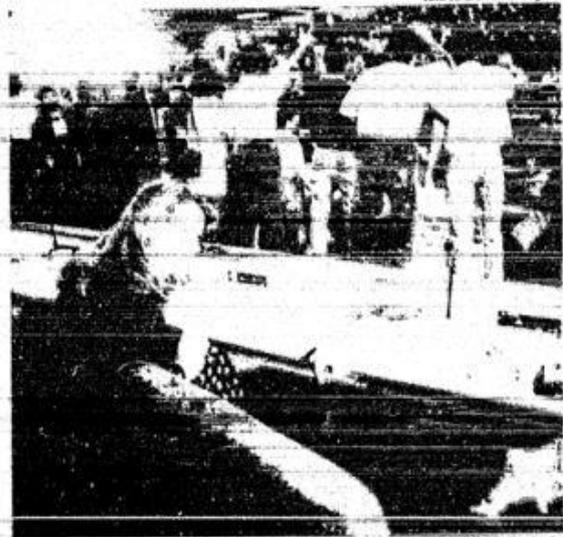
A secretária-executiva do Programa Comunidade Solidária, Anna Peliano, afirmou também ser favorável ao aumento dos gastos com a área social.

Mas fez a ressalva de que não basta investir mais. "É preciso melhorar a aplicação dos recursos", disse Peliano.

O presidente do Ipea (Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada), Fernando Rezende, que representou o ministro Antonio Kandir (Planejamento), afirmou que o aumento dos gastos públicos na área não é nem deve ser a prioridade do governo.

"Para resolver problemas sociais e melhorar as condições de saúde da população, temos de garantir crescimento econômico sustentável, com geração de empregos. A ênfase deve ser essa."

Rezende negou que tenha havido queda nos gastos com a área social no governo FHC. "De 1980 a 1995, o gasto social cresceu 25%. Isso mostra a preocupação do governo com o setor."



Participantes da conferência protestam contra ausência de D. Ruth

Platéia se irrita com ausências

da Sucursal de Brasília

Acabou em tumulto o debate sobre "Políticas Públicas Saudáveis". Os ministros Antonio Kandir (Planejamento), Pedro Malan (Fazenda), Gustavo Krause (Meio Ambiente) e o

primeira-dama Ruth Cardoso não compareceram.

Metade dos cerca de mil delegados que lotavam o auditório do Centro de Convenções de Brasília não se apresentou ao encontro. Entre os ausentes estavam o ministro do Meio Ambiente, Gustavo Krause, o ministro da Fazenda, Pedro Malan, e a primeira-dama Ruth Cardoso.

MINISTÉRIO *Presidente cobra reforma na saúde como a feita por Paulo Renato*

FHC critica a atuação de Jatene e elogia a Educação

DANIELA PINHEIRO
da Sucursal de Brasília

O presidente Fernando Henrique Cardoso criticou ontem a atuação do ministro Adib Jatene (Saúde), cobrando reformas em sua área nos moldes da proposta pelo ministro da Educação, Paulo Renato Souza.

"É muito fácil fazer lobby e vir aqui ao gabinete do presidente da República exigir mais dinheiro para hospital. Mas é muito mais difícil fazer com que cada um, no seu nível, cumpra a sua responsabilidade", afirmou o presidente.

As declarações foram feitas durante a cerimônia de regulamentação da lei do Fundo de Desenvolvimento do Ensino Fundamental e Valorização do Magistério, que garante a elevação dos salários dos professores primários.

Jatene não estava presente na solenidade, realizada no Palácio do Planalto. Segundo a Folha apurou, o ministro da Saúde estava em uma sala ao lado, aguardando uma audiência com o presidente.

FHC sugeriu que o Ministério da Saúde adote uma política de descentralização de recursos. "Aqui (na educação), o que estamos fazendo é delimitar responsabilidades. É dividir o que cabe à União, ao Estado e ao município. Na saúde,



O ministro Paulo Renato (Educação) e o presidente FHC no Planalto

de, precisa haver isso também."

Essa seria, na opinião do presidente, a única saída para a crise. "Porque não temos mais condições de pedir, por meio de impostos federais, que todos contribuam mais para a saúde", afirmou.

O governo federal já conseguiu a aprovação no Congresso da emenda que cria a CPMF (Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira) para financiar a saúde.

A regulamentação tramita agora

no Congresso — já foi aprovada na Câmara e está no Senado. Jatene considera a taxa fundamental para equilibrar as contas da pasta.

Na avaliação do presidente, "se houve um setor em que o avanço foi grande, foi a educação".

Há duas semanas, participantes da 10ª Conferência Nacional de Saúde foram ao Planalto pedir recursos. Sobre eles, FHC foi irônico: "É muito fácil mobilizar e vir a Brasília botar cartaz. Aqui é uma

democracia. Pode botar cartaz à vontade, só que eu nem leio".

Se ataques foram reservados a Jatene, a Paulo Renato sobram elogios. "Eu acho, ministro, que o trabalho que vossa excelência está levando adiante neste ministério é realmente excepcional", afirmou.

A comparação com outros ministérios foi sutil: "Paulo Renato, (...) o senhor agrega, e o Brasil está cansado de desagregadores."

Ao final da solenidade, FHC fez um "mea culpa" na tentativa de desfazer o mal-entendido com Jatene. Rindo, disse que os jornalistas queriam iniciar uma "intriga".

"O que eu disse e reitero é que o passo para a saúde é nessa direção." Segundo FHC, a idéia de reformar a saúde a exemplo do que faz a educação é do próprio Jatene.

"Para que a saúde possa ter uma reforma que permita atender as suas necessidades, o caminho é esse. Isso é proposta sabe de quem? Do ministro Jatene. Boa intriga, não?", disse aos jornalistas.

Apoio à reeleição

Antes da solenidade, Paulo Renato afirmou que "haverá reeleição" de FHC. Em seguida, completou: "Nós ficaremos mais seis anos no poder".

→ LEIA MAIS sobre educação a pág. 3-B

TF12: 16/12/2000 - Saúde - Cotidiano

C 10 sábado, 16 de dezembro de 2000

COTIDIANO

FOLHA DE S. PAULO

SAÚDE Encontro de secretários municipais oferece prêmios aos municípios cujos esforços na área deram resultados expressivos

Projetos de cidades de MG são destaque

AURELIANO BIANCARELLI
DA REPORTAGEM LOCAL

Quatro municípios de Minas Gerais e dois de São Paulo estão entre os dez premiados por se destacarem com projetos na área da saúde. A escolha foi feita pelo Conasems, um conselho que reúne os secretários municipais da Saúde de todo o país. A premiação acontece hoje durante a 11ª Conferência Nacional de Saúde. O encontro foi aberto na noite de ontem em Brasília e termina na terça-feira.

O tema deste ano é a implantação do Serviço Único de Saúde e a melhoria do controle social, do acesso e da qualidade dos servi-

ços. Participam 2.500 delegados. A conferência acontece a cada quatro anos e define as principais linhas da saúde. O caso de São Paulo estará no centro das atenções — e das preocupações. Enquanto boa parte das cidades caminhou para a municipalização da saúde, São Paulo instalou o PAS, um sistema cooperativado que interrompeu a implantação do SUS. O PT, que assume a cidade, encontrará a saúde com oito anos de atraso, dizem os especialistas.

A abertura da conferência foi feita pelo ministro José Serra e foram prestadas duas homenagens: a primeira, póstuma, ao médico sanitário Davi Capistrano Filho,

ex-prefeito de Santos e escolhido como patrono por seu empenho na implantação do SUS; a segunda, ao trabalho da Pastoral da Criança da CNBB. O nome de Zilda Arns, representando a pastoral, estará sendo lançado oficialmente como candidata ao Prêmio Nobel da Paz.

Minas foi o Estado que teve mais municípios premiados, quatro no total. A cidade de Perdões foi reconhecida pelo seu movimento de reforma psiquiátrica, instalando Ambulatórios Humanizados de Saúde Mental. O município de Ibiá reduziu em 43% o número de internações de clínica médica e pediátrica no único hospital local com o Programa Saúde

da Família.

Belo Horizonte foi premiada pelo projeto de Assistência a Crianças Asmáticas realizado em parceria com a Universidade Federal de Minas Gerais. Entre 96 e 99, o programa reduziu em 30% as internações e reinternações por doenças respiratórias em menores de 5 anos de idade.

Contagem, também em Minas, reformou a Assistência Farmacêutica, garantindo todos os medicamentos e criando estratégias de adesão ao tratamento de pacientes crônicos.

Em São Paulo, Santos foi premiada pelo projeto "Eu me amo, eu te amo", de prevenção ao uso de drogas. Trata-se de um serviço

com plantão de atendimento, acompanhamento ambulatorial e oficinas ocupacionais.

São Bernardo do Campo foi reconhecida pelo Projeto Canguru, que faz acompanhamento de recém-nascidos, e a implantação da Casa da Gestante.

No Sul, a única cidade premiada foi Rio do Sul, em Santa Catarina, pelo Programa Saúde Bucal. Num universo de 10 mil crianças entre 3 e 12 anos, o programa conseguiu reduzir índice de CPO-d (número de dentes cariados, perdidos ou restaurados) de uma média de 6,8 para 1,26.

Jaguaripe, no Ceará, desenvolveu em fevereiro deste ano um software para utilização integrada

das bases de dados sobre saúde. A medida melhorou a notificação das doenças e contribuiu para a organização e gestão dos serviços.

A cidade de Sorriso, em Mato Grosso, foi premiada pelo Programa de Saúde da Família, que já atende 900 famílias carentes. Iracema, em Roraima, ganhou pelo Projeto Cidadão, que diminuiu em 77,05% o índice de analfabetismo entre as crianças em idade escolar. E reduziu em 80% a incidência de doenças sexualmente transmissíveis.

Menções honrosas serão oferecidas para as cidades de Palmeira dos Índios (AL), Lagoa Santa (MG), Caixas do Sul (RS), Vitória da Conquista (BA) e Palmas (TO).

TF13: 18/12/2000 - Políticas Públicas - Campinas

POLÍTICAS PÚBLICAS Ação conjunta de conselhos com o Ministério Público quer mais controle da sociedade sobre serviços

Conferência debate controle social da saúde

Documentos cobram ações do SUS

DE ENVIADO ESPECIAL ABRASIA

Enquanto as grandes linhas da saúde são debatidas — às vezes aos gritos — nas salas e salões da Conferência Nacional, pelos corredores um pequeno exército de "coletores de assinaturas" tenta convencer os delegados a aporarem suas moções. Aquelas que conseguir 250 assinaturas terão suas moções levadas hoje para julgamento do plenário. Os abaixo-assinados ilustram a variedade das corporações, queixas e necessidades. Abaixo, o que pedem algumas das moções:

— A instalação de uma CPI dos planos de saúde, devido aos aumentos abusivos e restrições no atendimento;

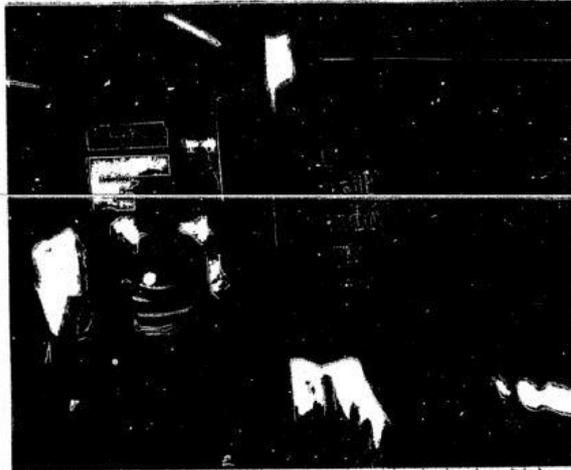
— O direito de os homossexuais doarem sangue; pelas regras atuais, são eliminados na triagem quando informam sua opção sexual;

— Que o SUS pague a pagar as ações de prevenção às DST-Aids, até agora financiadas pelo "Aids-2-Banco Mundial", programa que termina em 2002;

— Que o governo invista no desenvolvimento de tecnologia nacional, no barateamento dos custos dos medicamentos e garantia da qualidade dos produtos;

— Que o SUS passe a remunerar os procedimentos decorrentes do abuso de drogas, que tenha pessoal treinado para atender as ocorrências, como overdoses, e que não discrimine os dependentes;

— Que o SUS cumpra a lei, realizando os abortos nos casos de estupro e risco de vida para a mãe.



Salto da 11ª Conferência Nacional de Saúde; são cerca de 2.500 delegados de todos os Estados

Escolha de coordenador é malvista

DE ENVIADO ESPECIAL ABRASIA

O "processo" de escolha do coordenador do programa de Aids da equipe de Masta Suplicy provoca certo mal-estar pelos corredores da Conferência Nacional de Saúde, em Brasília. Ao indicar o médico Fábio Mesquita como coordenador do programa, o futuro secretário da Saúde do município, Eduardo Jorge, não teria seguido o ritual esperado pelos militantes da Aids.

"Não somos contra o nome do Fábio, somos contra o processo de escolha, que não ouvia o fórum de ONGs-Aids", diz José Araújo, do GIV, Grupo de Incentivo à Vida, de São Paulo.

Mário Scheffer, do Grupo Pela Vida, de São Paulo, diz que São Paulo, que concentra um quarto

da epidemia do país, "não pode se limitar a ser uma filial" do Programa Nacional de Aids. Mesquita, que coordenou o primeiro programa municipal de Aids, em Santos, ainda em 1989, estava agora na Coordenação Nacional.

Segundo escalão

A equipe de Eduardo Jorge diz que as discussões sobre o programa — que acabaram desestruturando o perfil do futuro coordenador — foram feitas no Instituto Florestan Fernandes, sempre abertas a todos os interessados. Nas suas filas, Eduardo Jorge lembrou várias vezes que a prioridade era "apagar o incêndio do PAS (Plano de Atendimento à Saúde)", deixando para depois as negociações sobre os programas específicos.

A escolha do segundo nível da

nova equipe de saúde deve provocar outros conflitos. Ainda faltam nomes para cargos estratégicos, como os da saúde mental, saúde da mulher e do trabalhador. Representantes dessas três áreas já fizeram chegar ao futuro secretário a intenção de serem ouvidos.

Animados com as discussões de corredores da Conferência Nacional, alguns representantes dos sindicatos e dos grupos de mulheres fizeram em "exigência de participação", não em "pedido de participação". "Nós elegemos o governo de São Paulo, temos que ser ouvidos", dizia um deles.

O dedicado processo de divisão de poderes e incumbência de funções, praticamente já resolvido no nível de secretários, chega agora ao segundo escalão da administração Marta. (A8)

AURELIANO BIANCARELLI
ENVIADO ESPECIAL ABRASIA

A rede de quase 100 mil conselhos-citizens espalhada pelo país começa a ser treinada e equilibrada para melhor fiscalizar as ações de saúde. Pela primeira vez, o Ministério Público se junta de forma ampla numa parceria com os conselhos de saúde, ampliando o grau de visão do controle social. Também pela primeira vez, esse "órgão controlador" vai fiscalizar tanto os serviços de saúde contratados, como os planos, seguros e convênios de saúde, quanto aqueles serviços que são exclusivamente privados.

O controle social é um dos alceres dos debates da 11ª Conferência Nacional de Saúde que acontece desde a última sexta-feira em Brasília. São cerca de 2.500 delegados de todos os Estados e quase todos os municípios onde há algum serviço de saúde. Ao longo de três dias, divididos em 80 grupos, os delegados tratam no "varço" dos três temas que permeiam a conferência: o controle social, o financiamento da saúde e o modelo assistencial para garantir um acesso "mais humano" e mais generalizado.

Ao longo do dia de amanhã, esses diversos trabalhos serão costurados numa lindeza coícha que, depois de aprovada em plenário, se transforma em documento-diretriz para a saúde dos próximos anos. A conferência acontece a cada quatro anos e esta é dedicada à efetivação do Sistema Único de Saúde, "com acesso, qualidade e humanização".

Controle social

"O controle social cresceu muito nos últimos dez anos, mas é preciso agora qualificar os conselheiros", diz Rita Barradas Barata, coordenadora geral da conferência. Os conselhos estão instituídos nas esferas municipais, dos Estados e da União. Nas cidades maiores, há conselhos distritais ou de bairros. Em cada um deles, há representantes dos usuários, dos trabalhadores da saúde, dos gestores (as autoridades nas áreas de

saúde, incluindo a direção dos serviços públicos) e os prestadores — hospitais e laboratórios privados que prestam serviços ao Sistema Único de Saúde.

A vigilância, no geral, é exercida pelos representantes dos usuários e trabalhadores. Em maior número, eles são também os mais militantes e nem sempre têm conhecimento técnico para avaliar possíveis falhas. "Ainda temos muito de militância limitada a denúncias", diz Barata.

A qualificação desses conselheiros passa agora a ser prioridade nacional com a participação de várias instituições. A "capacidade de conselheiros e membros do Ministério Público" é um dos temas dos debates de hoje na conferência. Segundo Humberto Jacques Medeiros, procurador da República, "para o sistema de saúde, o Ministério Público é um potencializador do controle social e um reforço da cidadania".

Mário Scheffer, representante dos usuários no Conselho Nacional de Saúde, lembra que, além da capacitação, os milhares de conselhos serão interligados por uma Rede Nacional de Comunicação coordenada pelo Conselho Nacional de Saúde. Todos os conselhos do país estarão conectados pela Internet.

José Noronha, presidente da Abrasco, Associação Brasileira de Saúde Coletiva, e professor da Universidade Estadual do Rio de Janeiro, defende que o controle social deva ser levado até os postos de saúde e que se criem mecanismos de avaliação dos cuidados na assistência médica. "Mecanismos de controle da qualidade da assistência e da humanização do atendimento devem ser implantados em todos os serviços, públicos e privados", afirma. "Esses mecanismos implicam, além do controle, a melhoria da assistência e da humanização e dependem de um treinamento e da conscientização dos próprios médicos", concluiu Noronha.

O repórter Aureliano Biancarelli viajou a convite da Conferência Nacional de Saúde

ABORTO *Decisão inédita em encontro nacional de conselhos vai orientar políticas públicas de saúde para os próximos anos*

Conferência em Brasília aprova descriminalização

AURELIANO BIANCARELLI

DA REPORTAGEM LOCAL

Depois de 14 anos de derrotas em quatro conferências nacionais, a descriminalização do aborto foi aprovada pelo plenário da 11ª Conferência Nacional de Saúde. A conferência é um órgão colegiado com competência para propor políticas que serão adotadas pelo Ministério da Saúde.

"Foi uma vitória das mulheres e da cidadania", disse Eleonora Mercucchi, da Universidade Federal de São Paulo e representante da Rede Feminista no Conselho Nacional de Saúde. Não quer dizer que o aborto tenha deixado de ser crime. Pelo Código Penal, a interrupção da gravidez só é permitida em caso de estupro ou risco de

morte para a mãe.

Para que o aborto seja tratado como um problema de saúde e não crime, será preciso que os parlamentares aproveiem um dos projetos de lei que aguardam no Congresso, dois deles de deputados petistas paulistas, Eduardo Jorge e José Genofino.

Desde 1986, a proposta de descriminalização do aborto vem sendo derrotada por correntes ligadas à Igreja Católica. Dessa vez, o texto recebeu apoio de um leque de setores, do movimento negro às associações de ONGs, estudantes de medicina, CUT e partidos como PT e PC do B.

Para a médica Zilda Arns Neumann, coordenadora nacional da Pastoral da Criança, a aprovação foi uma "manobra da mesa" que

votou o texto na noite de terça, quando a maioria dos 2.500 delegados já tinha saído. Zilda Arns, que há 20 anos comanda a cruzada contra o aborto, sugeriu a realização de um plebiscito. "Tenho certeza de que essa decisão deixa de luto a imensa maioria dos brasileiros", disse. O argumento de Zilda Arns, que é o mesmo da Igreja, é o de que a vida começa no momento da concepção.

O argumento dos grupos pela descriminalização é o de que "o aborto é a primeira causa de morte materna no país", como afirma a médica Ana Maria Costa, da Universidade de Brasília. "A questão da saúde pública finalmente prevaleceu", diz a socióloga Guacira Oliveira, do Cefemea (Centro Feminista de Estudos).

ABORTO E CRIME

VAI CRESCENDO o consenso de que a legislação sobre o aborto vigente no Brasil está ultrapassada. O plenário da 11ª Conferência Nacional de Saúde (CNS) aprovou a discriminação do aborto clandestino. A CNS é um órgão deliberativo do Ministério da Saúde e suas decisões se tornam diretrizes para a condução das políticas públicas na área sanitária.

Poucas questões são tão controversas quanto a do aborto. Os liberais o reconhecem como um grave problema de saúde pública. Calcula-se que ocorra 1,4 milhão de abortos clandestinos por ano no Brasil. Procedimentos malfeitos são a principal causa de mortalidade materna no país, deixando um saldo anual de cerca de 6.000 vítimas fatais. Para os defensores da discriminação, a melhor forma de enfrentar o problema é trazendo-o para a legalidade.

A objeção dos setores mais conservadores é de ordem filosófica. Como a vida começaria na concepção, o aborto seria uma forma de assassinato. A ciência não é de muito auxílio nesse ponto. É claro que o embrião é vida em potência, mas espermatozoides e óvulos também o são. Não

existe instante biológico a partir do qual se possa inequivocamente dizer "aqui há vida". O coração do feto, por exemplo, começa a bater na quarta semana; as ondas cerebrais surgem aos três meses; a respiração pulmonar só vem aos nove meses, com o nascimento. E não se pode afirmar que um destes elementos deva prevalecer sobre os demais.

O bom senso recomenda uma abordagem mais positiva da questão: o feto humano deve receber proteção legal a partir do momento em que a lei assim o definir. A polémica desse modo sai do campo filosófico e vai para o prático. Vale lembrar que a legislação brasileira já diferencia com vigor aborto de homicídio, destinando à mulher que aborta uma pena máxima que é 1/10 daquela prevista para o homicídio qualificado.

Os países mais desenvolvidos da América do Norte e da Europa costumam permitir o aborto mais ou menos até a 24ª semana de gestação. Não há dúvidas de que o Brasil também caminha nessa direção. A decisão do CNS é um sinal claro. Resta saber quantas mulheres morrerão inutilmente até lá.

Dezembro de 2003: 12ª Conferência Nacional de Saúde

TF16: 07/12/2003 – Cotidiano

SAÚDE Encontro nacional começa hoje em Brasília com a expectativa de que as deliberações se transformem em políticas públicas

Ministério promete acatar conferência

FABIANE LEITE
DA REPORTAGEM LOCAL

O maior desafio de uma Conferência Nacional de Saúde é fazer com que as vozes dos milhares de delegados não só sejam ouvidas, mas resultem em alguma ação.

A 12ª conferência começa hoje em Brasília sob uma promessa, tratada como o grande diferencial por participantes. Depois das últimas três, que tiveram um resultado prático limitado, o Ministério da Saúde compromete-se a transformar em políticas públicas as deliberações dos 3.000 delegados — 50% usuários do SUS (Sistema Único de Saúde), 25% representantes de gestores e prestadores de serviços e 25% trabalhadores.

Entre representantes, observadores e convidados, 5.000 pessoas deverão participar do evento.

“O ministério vai incorporar todas as definições”, afirmou o titular da pasta, Humberto Costa, na última tdeconferência preparatória, na semana retrasada em São Paulo. Costa afirmou que os principais desafios nos próximos anos serão a ampliação do acesso à saúde — cerca de 74% da população utiliza exclusivamente o SUS e 26% busca o setor de saúde suplementar —, a eliminação da tuberculose, da malária e da hanseníase — o país é o segundo no mundo em número absoluto de casos desta última doença — e a melhoria da qualidade do atendimento.

Ao assumir o compromisso com as deliberações da conferência, o ministro agrada participantes — o setor é dominado pelo PT — e dá um passo arriscado, pois poderá comprometer-se tanto com propostas que são quase um consenso, como a de regulamentação da emenda constitucional que vinculou recursos à saúde, como ter de “assinar embaixo” de pontos no mínimo polêmicos. A carta da 11ª conferência, por exemplo, pedia suspensão do pagamento da dívida externa.

encontro foi batizado com seu nome. O ministério gastará cerca de R\$ 2 milhões com o evento, entre infra-estrutura, hospedagem para delegados, passagens e alimentação.

O coordenador-geral do evento, o ex-petista Eduardo Jorge Martins Alves Sobrinho (PV), calcula que, entre pré-conferências, conferências municipais e estaduais, que subsidiarão a discussão na-

cional, cerca de 300 mil pessoas foram envolvidas. “É o maior evento em termos de capilaridade”, afirma Jorge.

No primeiro dia de debate, amanhã, representantes dos go-

vernos, delegados e observadores discutirão os dez eixos temáticos definidos por discussões do Conselho Nacional de Saúde (veja quadro na pág. C7), que servirão também para orientar as confe-

rências municipais e estaduais. No segundo dia, os relatórios das conferências estaduais serão debatidos. Os últimos dois dias são de plenárias para a sistematização de um relatório final.

Um espaço com moderno em s

DE 5 A 11/12/2003 - LO

espaço

ext

TV Philco 32" DVS-340 WDF

12X sem juros de **R\$ 582,50**

A vista R\$ 6.990,00

Tela totalmente plana de 32" - Widescreen - 16:9. Preparada para TV digital. HDTV-Imagem de alta definição. Capacidade de conexão com PC (SVGA). Conexão para até 8 equipamentos simultâneos. Multi PIP digital 2 sintonizadores, com até 13 janelas.

gamento via univisa externa.
 "Pelo seu próprio caráter de representação, de pessoas leigas, não podemos esperar que saia um plano estratégico para o ministério", diz Otávio Azevedo Mercadante, coordenador da conferência do Estado de São Paulo e ex-secretário executivo do ministério durante a gestão de José Serra (PSDB). "Ninguém tem essa ilusão. A estratégia sai do plano nacional de saúde. E se operacionaliza via pactos entre Estados e municípios." O ministério ainda está discutindo o plano.

Números e temas
 As conferências, instituídas em 1937, no primeiro governo Vargas, devem ocorrer a cada quatro anos. A 8ª é tida como a mais significativa, por ter estabelecido os princípios do SUS (Sistema Único de Saúde), criado na Constituição de 1988: universalidade, integralidade e equidade da assistência à saúde —antes a saúde era direito somente para os "com carteira assinada", pois o sistema estava atrelado à Previdência Social.
 As demais conferências foram marcadas pela reafirmação desses princípios, cobrança do cumprimento da legislação e discussões sobre a organização e operacionalização do sistema, como a municipalização.
 Os organizadores esperam que esta, cujo lema é "a saúde que temos, o SUS que queremos", defina um novo padrão de assistência. A 12ª conferência deveria ser realizada em 2004, mas o governo decidiu antecipá-la para poder orientar os rumos da saúde na atual administração. Segundo o ex-secretário de gestão participativa do ministério, Sérgio Arouca, idealizador do evento, a ideia era

42"
 Monitor de plasma

Monitor de plasma LG 42" MP42PZ15
 A vista R\$ **19.999,00**

Tela 42" wide. HDTV Ready. Progressive scan. PIP double window.

Receiver Sony CJ 5 CX subwoofer DDW 750
 3X sem juros de R\$ **566,33**
 A vista R\$ **1.699,00**

também evitar a realização do encontro junto com as eleições municipais, o que poderia comprometer a isenção das propostas.
 Arouca morreu neste ano, e o

Conjunto system Panasonic AK 610 LD Silver 4.000 W PMPO MP3
 12X sem juros de R\$ **99,92**

4.000 W PMPO (380 W RMS), WMA, reprodução de disco com arquivos de música em WMA, MP3; reprodução de disco com arquivo de música em MP3, 6 amplificadores independentes, super woofer, tweeter e big woofer.

TF17: 07/12/2003 - Cotidiano

SAÚDE Dos 3.000 delegados que participam da conferência, a questão dos investimentos no setor foi o tema escolhido por 33%

Financiamento deve dominar discussões

DAREPORTAGEMLOCAL

Pelo interesse dos 3.000 delegados, a questão do financiamento deverá dominar as discussões da 12ª Conferência Nacional de Saú-

de, cujo lema é "a saúde que temos, o SUS que queremos".

Deles, 33% optaram pelo grupo de financiamento e intersectorialidade das ações de saúde, 26% por gestão participativa e comunica-

ção, 19% por organização da atenção e direito à saúde, 14% pelo grupo trabalho na saúde e ciência e tecnologia e 8% pela discussão do papel das três esferas de governo e seguridade social. A organi-

zação teve de redistribuir os delegados para equilibrar os grupos.

"É lógico que a questão do financiamento, pela conjuntura, assumiu proporção significativa", diz Paulo Gadelha, relator-geral

da conferência. O governo federal tentou computar programas sociais no mínimo que deverá gastar no setor em 2004, o que diminuiria a verba para a saúde. O modelo de atenção que deve ser financia-

do e novas fórmulas de financiamento estarão em discussão.

O país gasta hoje cerca de US\$ 185 em saúde por pessoa por ano e 45% dos gastos são de origem pública. Países com sistemas mais avançados encontram-se no patamar de US\$ 1.000 e US\$ 2.000, mais de 70% de origem pública.

Uma das propostas polémicas que está em discussão é a de unificação dos ministérios da Previdência, Assistência Social e Saúde, que juntos somam um orçamento de cerca de R\$ 190 bilhões, para o fortalecimento do "social". "Pode não fortalecer, mas esvaziar o Ministério da Saúde", diz Fábio Mesquita, que representará a Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo.

Jesus Francisco Garcia, representante de usuários do SUS, diz que questões urgentes para quem usa o sistema poderão ficar de fora do debate. "Os temas são muito mais voltados para o gestor." **FL**

o que há de mais
om e imagem.

L: EXTRA MORUMBI

DVD portátil Gradiente DVD DP700
12X sem juros de **R\$ 458,³³**
A vista **R\$ 5.500,00**
Display LCD Widescreen de 10". Reproduz: DVD, DVD-R/RW, DVD+R/RW, MP3 e PHOTO CD (JPEG). Dolby Digital, DTS, Phantom Surround Processor.

TV LCD Sharp 15B2UA
12X sem juros de **R\$ 490,⁸³**
A vista **R\$ 5.890,00**

10.7"

15.7" Monitor LCD

OS TEMAS DA CONFERÊNCIA

Pontes que deverão ser discutidas

Direito à saúde

Criação de um código de direitos para usuários, integração entre o SUS e planos de saúde, focalização de recursos em setores mais suscetíveis, acesso à saúde bucal, direito ao aborto

Seguridade social e saúde

Junção dos orçamentos das áreas de previdência e assistência social, integração das áreas

Intersectorialidade das ações de saúde

Articulação da saúde com ambiente, educação, trabalho, cidades e assistência social, combate à violência para reduzir custos na saúde

As três esferas de governo e a construção do SUS

tecnologia em e som.

A vista R\$ 5.890,00
 Amplo ângulo de visão 170° na horizontal. Maior brilho 450cd/m². Maior contraste 500:1. Compatível Multi-Sistema: PAL-M, NTSC, SECAM. Entrada de vídeo componente, S-Video, RCA.

TV Semp Toshiba 15" LCD 1533
12X sem juros de R\$ 415,00
A vista R\$ 4.980,00
 Televisor e monitor LCD 15". Stereo surround. Sap. Suporta resoluções: VGA, SVGA, XGA. Entrada RGB para computadores.

Conjunto system Philips C 577 5.500 W PMPO

Conjunto de caixas para 5.1 canais de 100 W de potência máxima. Subwoofer ativo de 100 W RMS. Decodificador Dolby Digital, DTS e Doly Prologic II. Sistema digital cinema sound. Entradas: 1 óptica digital, 3 AV composto e 2 analógicas para áudio.

governo e a construção do SUS

Redefinição dos papéis de Ministério da Saúde e Estado após a municipalização; revisão de mecanismos de repasse; critérios de metas e resultados na alocação de recursos

Organização da atenção à saúde

Valorização da atenção básica; fim de programas pautados só pelo Ministério da Saúde; rede de média e alta complexidade em saúde bucal

Gestão participativa

Diluição de poder de secretários da saúde; falta de estrutura para os conselhos; ampliação do controle para serviços privados; articulação entre conselhos; autonomia dos conselhos frente ao Executivo; participação dos conselhos

Trabalho na saúde

Valorização da dedicação integral; interiorização do trabalho; reciclagem; fim de contratações precárias; abertura de cursos na área da saúde segundo necessidades da população; serviço civil remunerado para recém formados

Ciência e tecnologia e a saúde

Avaliação tecnológica para incorporação de novos equipamentos ao SUS; suspensão de patentes para produção local de remédios; desenvolvimento da pesquisa sobre fitoterápicos; direcionamento de pesquisas para doenças negligenciadas

Financiamento da saúde

Cumprimento da emenda 29; regulamentação da emenda para definição do que é gasto em saúde; papel do Ministério Público no cumprimento da emenda; vinculação de receitas da União; fontes alternativas de recursos

12X sem juros de R\$ 101,58
A vista R\$ 1.219,00

Home theater JVC TH A 30
12X sem juros de R\$ 166,58

Decodificador dolby digital, DTS e dolby pro logic. 4 modos de processamento acústico digital (DAP): hall, live club, dance club e theater. Saída progressive scan.

Comunicação e informação em saúde

Implantação do cartão SUS; divulgação ampla de indicadores de saúde

TF18: 08/12/2003 - Cotidiano

Tom oficial marca abertura de conferência

DA ENVIADA ESPECIAL A BRASÍLIA

O tom governista marcou a cerimônia de abertura da 12ª Conferência Nacional de Saúde, iniciada ontem à noite em Brasília.

O ministro da Saúde, Humberto Costa, e o presidente em exercício, José Alencar, foram recebidos por cerca de 4.000 pessoas — a maioria delegados da conferência — com um dos gritos da campanha política do presidente Luiz Inácio Lula da Silva: “olé,olé,olé, olá, Lula, Lula”.

Costa e Alencar tomaram a maior parte da cerimônia, de cerca de duas horas, falando sobre as realizações do governo no setor.

O objetivo da conferência é dar espaço para que a sociedade, especialmente usuários do SUS (Sistema Único de Saúde), que

correspondem a 50% dos delegados, apontem problemas globais do sistema e diretrizes para sua solução.

Os movimentos de saúde têm ligação histórica com o PT e setores do governo contam com uma postura de alinhamento nesta conferência — diferentemente de outras, quando o PT era oposição. Lula deve encerrar a conferência, na próxima quinta-feira.

O discurso dissonante foi o de Sarah Escorel, relatora-adjunta da conferência e presidente do Cebes (Centro Brasileiro de Estudos de Saúde), uma das mais antigas ONGs do setor. Escorel leu trechos de uma carta aberta divulgada quando Lula classificou como “lobistas” de hospitais privados os militantes da saúde que criticavam a tentativa do governo de

contabilizar gastos sociais como despesa de saúde.

“Quem defende o direito de cidadania e o bem público não pode ser tachado de lobista”, afirmou Escorel. A subrelatora elogiou a antecipação da conferência, de 2004 para 2003, convocada pelo ministério.

Costa fez um discurso entremeadado por palmas, especialmente quando criticou o uso de dinheiro do SUS em contratações feitas por fundações de hospitais universitários no governo de Fernando Henrique Cardoso. O ministro também elencou os reajustes concedidos neste ano, dizendo que se tratou do maior aumento de verbas para o sistema.

Conselhos de saúde

Autor da idéia de antecipar a

conferência para 2003, para coincidir com o primeiro ano do novo governo, o ex-secretário de Gestão Participativa do Ministério da Saúde Sérgio Arouca, morto em agosto deste ano, defendia um fortalecimento dos conselhos de saúde — órgãos de controle social do SUS (Sistema Único de Saúde).

“Se isso funcionasse direito, seria uma maravilha”, afirmou Arouca, em entrevista à *Folha* no início do ano.

Para Arouca, a conferência marcaria “o início de um novo ciclo”, de mudança do modelo assistencial, hoje “hospitalocêntrico”, para uma estrutura em que fosse fortalecida a medicina preventiva. “Esse modelo que esta aí é absurdamente equivocado”, disse o então secretário.

(FABIANE LEITE)

TF19: 11/12/2003 - Cotidiano

ASIL

FOLHA DE S. PAULO

ENGENHARIA SOCIAL Conferência discute unificação da Previdência, Saúde e Assistência Social num 'superministério'

Fusão de 3 pastas da área social volta a ser debatida em Brasília

FABIANE LEITE

ENVIADA ESPECIAL A BRASÍLIA

A 12ª Conferência Nacional de Saúde "ressuscitou" a idéia de integração das áreas que compõem a Seguridade Social — Previdência, Saúde e Assistência Social — para fortalecer o setor frente ao Ministério da Fazenda. As três somam, no próximo ano, um Orçamento de mais de R\$ 208 bilhões.

Durante o debate, o secretário-executivo do Ministério da Previdência, Álvaro Sólón de França, defendeu a unificação dos três ministérios: "Sou defensor há muito tempo do Orçamento da Seguridade. Em casa onde falta pão, todo mundo briga e não tem razão. Defendo o Ministério da Seguridade e a gestão quadripartite".

Após o debate, França disse que fazia a defesa como estudioso do assunto. "Não é questão de governo ainda. Creio que um caminho é o amadurecimento na sociedade." Gestão quadripartite é aquela da qual participariam a Saúde, a Previdência, a Assistência Social e o Conselho da Seguridade Social, um órgão de controle do qual fariam parte usuários, prestadores de serviços e trabalhadores.

Já o Ministério da Saúde defen-

de a integração programática das áreas e o fortalecimento do conceito de seguridade. Segundo Jorge Solla, secretário de Atenção à Saúde da pasta, a idéia é "resgatar" o conceito não só para fortalecer políticas sociais, como facilitar ações conjuntas: "O trabalhador que se acidenta tem direito a um benefício. Ele tem toda a assistência no SUS, mas, como o sistema não se articula com a Previdência, para pegar o benefício, ele tem de entrar por outra porta".

Em documento elaborado para orientar os seus delegados na conferência, o Ministério da Saúde defende que 30% do Orçamento da Seguridade vá para a pasta, conforme previsto nos Atos das Disposições Constitucionais Transitórias na Constituição.

A idéia de unir as áreas surgiu em 1993, a partir de proposta do então deputado federal Eduardo Jorge, hoje no PV, coordenador-geral da conferência. Além da criação do superministério, a proposta vinculava receitas para cada área: "Isso teria de ocorrer por emenda constitucional. Não é coisa para este governo. Defendo que essa área se una, defenda-se, trabalhe integrada", disse Jorge.

"Precisamos recompor pro-

gressivamente o orçamento da seguridade para brevemente exigirmos 30% disso para a saúde", disse José Carvalho de Noronha, professor da Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

"É uma questão polêmica. Temos de pensar melhor se é aparentemente uma solução", disse Maria Eugenia Carvalhaes Cury, da Confederação Nacional dos Trabalhadores em Seguridade Social da CUT: "Fico imaginando esse ministério como um paquiderme. Talvez a principal questão seja a retomada de um Conselho Nacional de Seguridade Social para controle e acompanhamento".

O ministro da Fazenda, Antonio Palocci Filho, não quis comentar a unificação: "A questão da mudança de ministérios, eu não posso dar opinião porque sou um ministro [...] Não me cabe opinar sobre como o presidente vai organizar seu ministério. Essa é uma decisão do presidente". Disse porém que todos os esforços do governo vão nessa direção: "Todas as nossas prioridades estão voltadas para que possamos ter uma política econômica que ajude o projeto social do presidente Lula".

Colaborou **ROGÉRIO PAGNAN**, da Folha
Ribeirão

TF20: 11/12/2003 - Cotidiano

GASTO PÚBLICO *Secretário da área já havia dito que o Orçamento é “mediocre”*

Saúde pede, novamente, mudanças na economia

DA REPORTAGEM LOCAL

Documento elaborado pelo Ministério da Saúde para orientar seus delegados na 12ª Conferência Nacional da Saúde defende uma moção para recomendar ao governo “ação vigorosa na defesa da retomada do desenvolvimento socioeconômico”.

No primeiro dia de debates, na segunda-feira, o secretário-executivo do ministério, Gastão Wagner, já havia criticado a política econômica e o orçamento apresentado inicialmente para a Saúde. Classificou a proposta de “mediocre, fraca, ilegal”.

Neste ano, o governo tentou incluir programas sociais, como o Fome Zero, na conta do mínimo que deverá gastar no setor em 2004, o que implicaria em uma perda de R\$ 3,5 bilhões para ações e serviços na área, como atendimento dos postos de saúde. Recucou depois de o Ministério Público Federal recomendar ao presidente Luiz Inácio Lula da Silva que não apoiasse a manobra.

“Sobram políticas econômicas que dilaceram todo o desenvolvimento, que atendem só o mercado. E políticas centradas em marketing. Essa questão precisa ser enfrentada”, disse Wagner.

No documento, a pasta também propõe que o gasto per capita em saúde passe de US\$ 185 para US\$ 500 e apoia o veto à proposta de desvinculação de recursos da União na reforma tributária. Ainda na busca por mais recursos, defende a criação de uma contribuição por meio de um selo de Seguridade Social, com valor determinado, por unidade de cigarro, derivados do tabaco, refrigerantes e bebidas alcoólicas. “Há um custo disso para o sistema de saúde”, diz Jorge Solla, um dos delegados do ministério na conferência.

TF21: 12/12/2003 - Cotidiano

C 8 sexta-feira, 12 de dezembro de 2003

COTIDIANO

FOLHA DE S.PAULO

POLÍTICAS PÚBLICAS Delegados reivindicam destinação de 10% das receitas federais para o setor; evento termina sem relatório fechado

Conferência pede verba vinculada para Saúde



O presidente Luiz Inácio Lula da Silva cumprimenta a ministra Benedita da Silva na conferência

FABIANE LEITE

ENVIADA ESPECIAL A BRASÍLIA

A 12ª Conferência Nacional de Saúde reivindicou ontem a destinação de 10% das receitas correntes da União (total que entra nos cofres do governo federal) ao orçamento do Ministério da Saúde.

Atualmente, a União, segundo a Constituição, deve aplicar na área da Saúde o empenhado no ano anterior acrescido da variação nominal do PIB apurada no ano em que se faz o Orçamento. Neste ano, seriam R\$ 30 bilhões. No próximo, pela regra atual, serão R\$ 32,4 bilhões. Com a vinculação de 10% das receitas correntes, em 2004 a Saúde teria R\$ 42,4 bilhões.

O ministro da Saúde, Humberto Costa, vinha prometendo "assinar embaixo" de todas as deliberações da conferência, mas ontem se mostrou mais cauteloso.

"Essa é uma discussão que teremos de tratar junto com o Congresso. Historicamente, sempre defendemos a vinculação e vamos continuar a defender que haja re-

curso vinculados para a saúde. Qual é a melhor forma, nós vamos ter de analisar técnica e politicamente. Não estou dizendo que é melhor ou pior", disse o ministro, logo após o encerramento da conferência.

Aval

O secretário-executivo do Ministério da Saúde, Gastão Wagner, havia dito na segunda-feira que o Ministério da Fazenda apoiaria a proposta de vinculação de 10% das receitas federais para a Saúde.

Procurada, a área econômica não se manifestou até o fechamento desta edição.

A proposta de unificação dos três ministérios da área de seguridade social — Saúde, Previdência e Assistência Social — foi rejeitada no plenário.

Foi aprovada proposta de renegociação da dívida externa — na 11ª conferência, em 2000, durante o governo Fernando Henrique Cardoso, foi aprovada proposta de suspensão dos pagamentos.

O plenário também deliberou pelo fim da fila dupla em hospitais do SUS — atendimento de pacientes de planos de saúde na estrutura pública.

Conferência sem fim

Os subrelatores dos dez eixos temáticos da conferência passaram parte da madrugada de ontem analisando os cerca de 4.000 destaques para levar ao plenário só os 50 temas mais polêmicos.

Os demais serão enviados às casas dos delegados, que opinarão e devolverão a resposta para o Conselho Nacional de Saúde. O órgão fará uma reunião ampliada, com maior número de pessoas, para fechar o relatório final do evento.

Em teoria, a conferência não terminou. Segundo Eduardo Jorge, coordenador-geral do evento, o relatório final só sairá em três meses. "A medida em que o SUS cresce, exige outro modelo de conferência. Houve uma explosão do controle social."

Lula participa em tom de comício

DA SUCURSAL DE BRASÍLIA

Em clima de comício, o presidente Luiz Inácio Lula da Silva participou ontem do encerramento da 12ª Conferência Nacional de Saúde, em Brasília.

"Não tenho dúvidas de que, depois de perder três eleições e de ganhar, a gente não pode decepcionar esses milhões e milhões de brasileiros", disse para cerca de 4.000 militantes do movimento de saúde de todo o país.

Lula foi aplaudido de pé e lamentou não poder descer do palco para "dar um abraço em cada um". Oito ministros e pelo menos uma dezena de parlamentares do PT e de partidos da base aliada subiram ao palco.

O presidente reconheceu dificuldades do setor. "Esse país tem que fazer muito mais do que já está sendo feito para que a gente possa ter a política de saúde que motivou vocês, ao longo de tantos anos, a acreditarem na organização social", disse Lula, referindo-se principalmente aos agentes comunitários de saúde. Ao final do discurso, Lula colocou o boné dos agentes e ganhou o colete usado por esses profissionais.

TF22: 17/12/2003 - Cotidiano

ORÇAMENTO *Proposta, de ACM, só não passou no Senado por falta de quórum*

Governo apoiou emenda que prejudica saúde

FABIANE LEITE
DA REPORTAGEM LOCAL

Na noite em que o presidente Luiz Inácio Lula da Silva reafirmou "o compromisso com a saúde do povo brasileiro", discurso no encerramento da 12ª Conferência Nacional de Saúde, em Brasília, o governo federal apoiava, no Senado, uma emenda constitucional que afetaria financeiramente o setor se fosse aprovada.

A proposta de emenda, apresentada pelo senador Antônio Carlos Magalhães (PFL-BA) na discussão da reforma tributária, só não passou, perto da meia-noite da última quinta, porque não houve quórum para a mudança constitucional, que exige 49 votos. Obteve 35 a favor e 28 contra. A votação final da reforma deve ocorrer hoje ou amanhã.

O texto determinava que 10% das receitas estaduais pudessem ser desvinculadas, inclusive da saúde e educação, desde que mantidos os recursos aplicados neste ano nesses setores. A desvinculação de receitas estaduais foi criticada na conferência.

Até 2004, os Estados têm de aplicar 12% das receitas em saúde, paulatinamente. Hoje, a maioria gasta menos do que deveria (mais de R\$ 1 bilhão deixou de ser aplicado no setor em 2002 por conta do descumprimento). Se a emenda fosse aprovada, o nível atual de investimentos poderia ser manti-

do, sem alcançar os 12%.

Perto da madrugada de sexta, uma carta assinada pelo presidente foi distribuída aos delegados da conferência, que ainda votavam destaques. O governo pede que eles zelem pela efetivação das deliberações. "Seu presidente, igualmente, assume a mesma responsabilidade. Essa é a nossa aliança. E nela baseamos a confiança recíproca", diz o texto. Uma das deliberações da conferência foi a vinculação de 10% das receitas da União para o setor.

Em carta divulgada na sexta, o coordenador-geral da conferência, Eduardo Jorge (PV), criticou o posicionamento do governo no Senado. Jorge deixou o PT após desentendimentos com o partido. "A emenda faz parte de um acordo com toda a bancada do governo (...)", afirmou ACM ao encaminhar a proposta em plenário. "O fundamental é que (...) acordo se cumpre. Recebi, inclusive, telefonemas do Ministério da Saúde, que tem posição contrária, mas sou líder [do governo] no Senado Federal e prefiro manter minhas atitudes", disse o senador Aloizio Mercadante (PT-SP).

A vice-líder do governo no Senado, Ideli Salvatti (PT-SC), que votou contra, disse que aprovar a emenda de ACM fazia parte de articulação com o PFL para a aprovação da reforma previdenciária. Segundo ela, a proposta não pode mais ser apresentada.

Novembro de 2007: 13ª Conferência Nacional de Saúde

TF23: 14/11/2007 - Cotidiano

PROPAGANDA

Folheto sobre saúde destaca número do PT

DA SUCURSAL DE BRASÍLIA

O folheto da 13ª Conferência Nacional de Saúde, coordenada pelo Ministério da Saúde e pelo Conselho Nacional de Saúde, faz referência ao número 13, símbolo do PT, como um número "de sorte". O número é grafado sobre o vermelho, cor do partido.

O evento será aberto hoje pelo presidente Lula. "Quem acredita que 13 não é número de sorte terá a oportunidade de mudar de idéia (...). Vem aí a 13ª Conferência Nacional de Saúde", afirma o texto.

Os 50.000 exemplares foram pagos com recursos do Ministério da Saúde. O presidente do conselho, Francisco Batista Júnior, declarou que o texto e a arte não têm relação com o partido. (JOHANNA NUBLAT)

TF24: 19/11/2007 - Cotidiano

**SAÚDE
CONFERÊNCIA
REJEITA PROJETO
DO GOVERNO
PARA ABORTO**

Pág. C3

Ministério da Saúde sofre derrota em discussão do aborto

Votos e articulação de católicos na Conferência Nacional de Saúde foram decisivos para a rejeição da descriminalização

70% dos presentes na conferência votaram contra o projeto defendido pelo ministro Temporão, a favor do aborto

JULIANA ROCHA
DA SUCURSAL DE BRASÍLIA

Defendida pelo Ministério da Saúde, a proposta de descriminalização do aborto foi rejeitada ontem por representantes da sociedade civil, profissionais da área e gestores do SUS (Sistema Único de Saúde) na 13ª Conferência Nacional de Saúde, em Brasília. O projeto foi colocado em votação no plenário da conferência, mas 70% dos presentes votaram contra. Os textos aprovados na conferência serão levados ao presidente Luiz Inácio Lula da Silva.

Foi uma derrota para o ministro José Gomes Temporão (Saúde), defensor categórico da liberação do aborto no Brasil. O ministro já cogitou a realização de um plebiscito para que a população possa opinar sobre o assunto. Em sabatina na **Folha**,

em junho, Temporão citou que 170 mulheres morreram durante a cirurgia para interromper a gravidez, em 2005.

O presidente da conferência, Francisco Batista Júnior, se disse surpreso com o resultado da votação. Ele justificou que esperava um plenário dividido. Tinham direito a voto 2.275 delegados estaduais e nacionais, eleitos nas conferências de saúde regionais. Do total de delegados, 50% são usuários do SUS, 25% trabalhadores do sistema e os outros 25% gestores, como secretários estaduais e municipais e representantes do Ministério da Saúde.

Lobby católico

O principal articulador da votação contra a descriminalização do aborto foi o gestor de Relações Institucionais da Pastoral da Criança, Clóvis Bouffleur, que contou com o apoio de representantes da Igreja Católica, dos movimentos indígenas e delegados do Nordeste.

Inconformado com a derrota, o diretor do Departamento de Ações Programáticas e Es-

tratégicas do Ministério da Saúde, Adson França, acusou integrantes da pastoral e da igreja de articulação para impedir o debate. Segundo França, a Pastoral da Criança conseguiu antecipar a votação para um momento em que o plenário ainda não estava cheio.

Bouffleur negou a articulação para antecipar a votação. Lembrou que a maioria dos delegados no plenário avaliou que não havia necessidade de debater mais o tema. "O assunto foi debatido por vários dias, todos já tinham uma opinião", afirmou.

Favorável à descriminalização, Batista Júnior disse que a votação foi democrática. "A Igreja Católica e a Pastoral da Criança fizeram um trabalho de convencimento. Quando perceberam que as posições eram divergentes, começaram a se articular, o que é legítimo."

**Giuliana
FLORES**
www.giulianaflores.com.br/folha
(11) 3383 1700

Dezembro de 2015: 15ª Conferência Nacional de Saúde

TF25: 05/12/2015 - Poder

BRASIL EM CRISE

Impeachment é política do 'quanto pior, melhor', diz Dilma

Petista voltou a alfinetar Eduardo Cunha, que deu aval ao pedido, e disse ter biografia limpa

Alan Marques/Folhapress

Em nota, deputado disse lamentar que o maior esquema de corrupção tenha ocorrido nesta gestão

FLÁVIA FOREQUE
RANIER BRAGON
DE BRASÍLIA

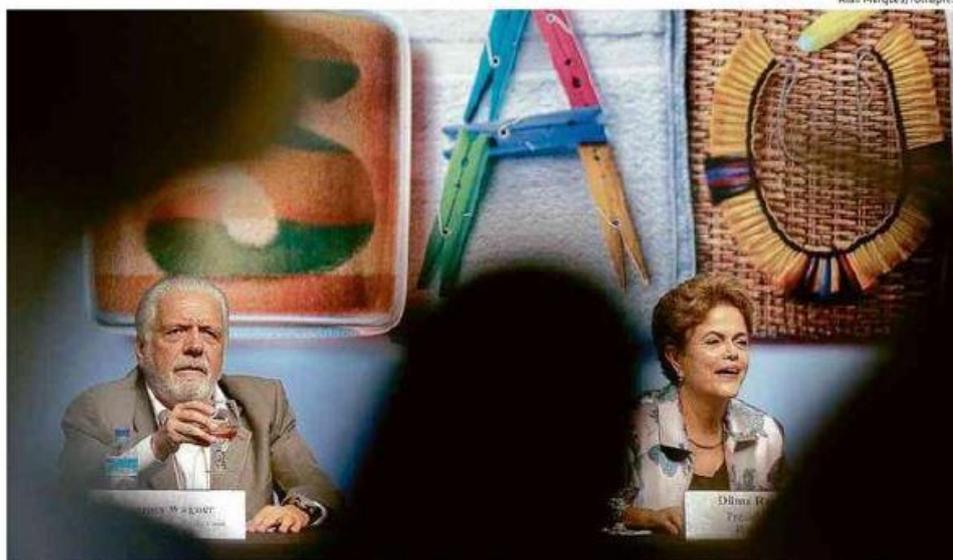
A presidente Dilma Rousseff aproveitou sua primeira agenda pública desde a deflagração do processo de impeachment para defender seu mandato e fazer novas críticas ao presidente da Câmara, Eduardo Cunha (PMDB-RJ).

No encerramento da 15ª Conferência Nacional de Saúde, nesta sexta-feira (4), Dilma afirmou que a discussão da chamada pauta bomba no Legislativo (propostas com aumento de gastos públicos) tinha como objetivo "afundar o país". Segundo ela, essa ação era guiada pela "pior política possível", a "política do quanto pior, melhor".

"Esse movimento atinge seu ápice esta semana, quando se propõe um pedido de impeachment contra o mandato conferido pelo povo brasileiro", afirmou, sob aplausos.

"Por meio da aprovação de leis que poderiam ter consequências danosas para a nossa economia, buscava-se criar o ambiente de instabilidade política, que postergasse as medidas necessárias para retomar o crescimento", disse.

Sem citar o nome de Cunha, Dilma reafirmou não possuir contas na Suíça ou ter, em sua biografia, "nen-



A presidente Dilma Rousseff participa da 15ª Conferência Nacional de Saúde ao lado do ministro Jaques Wagner

hum ato de uso indevido de dinheiro público". "Nada fiz que justifique esse pedido".

Ela já havia criticado o presidente da Câmara, também sem citar seu nome diretamente, no pronunciamento que fez após Cunha abrir o processo contra a presidente.

Acusado de corrupção e lavagem de dinheiro e suspeito de esconder contas na Suíça, o presidente da Câmara deflagrou o processo de impeachment contra Dilma depois que três deputados do PT afirmaram que não votariam a favor do mandato do peemedebis-

ta no processo de Conselho de Ética na Câmara.

CONTRA-ATAQUE

Em resposta à presidente, Cunha divulgou nota dizendo lamentar que o maior escândalo de corrupção do mundo tenha ocorrido sob a gestão da petista. "Lamento que o maior escândalo de corrupção, de desvio de dinheiro público, do mundo esteja na maior empresa do governo dela, dirigida por ela desde 2003, seja como ministra, seja como presidente do conselho ou seja, ainda, como presidente", disse.

Em seu discurso, Dilma argumentou ainda que o andamento do impeachment é um questionamento não apenas a seu mandato, mas também ao histórico da gestão do PT.

"Eu vou fazer a defesa do meu mandato com todos os instrumentos previstos em nosso Estado democrático de direito. Não vamos nos enganar. O que está em jogo agora são as escolhas políticas que nós fizemos nos últimos 13 anos", afirmou.

'NÃO VAI TER GOLPE'

Ao ouvir gritos de "não vai

ter golpe", Dilma fez questão de agradecer o apoio do público: "Vocês não imaginam como isso que vocês estão fazendo faz bem pra alma da gente", afirmou.

Esta foi a primeira agenda pública da presidente desde a decisão de Cunha de deflagrar o processo de impeachment, nesta semana.

Antes da chegada da presidente ao evento, houve gritos de "Não vai ter golpe" e "Fora Cunha" — o público era formado por integrantes de conselhos municipais e estaduais de saúde.

ANEXO B – TEXTOS DE O GLOBO

Agosto de 1992: 9ª Conferência Nacional de Saúde

TG01: 09/08/1992 – Grande Rio

Conferência discute situação da saúde

ELAINE RODRIGUES

O futuro da rede de saúde pública do Rio vai ser decidido nesta semana em Brasília, durante a IX Conferência Nacional de Saúde. Tendo como tema principal a municipalização, a conferência promete virar o Sistema Único de Saúde pelo avesso seis anos depois de sua criação, em 1986 — quando foi realizada a VIII Conferência. De hoje até sexta-feira, os rumos da saúde no país estarão sendo redefinidos por cerca de três mil pessoas, das quais duas mil são delegados eleitos em conferências municipais e estaduais para representar a população, os profissionais de saúde, o poder público e os prestadores de serviços.

O Rio mandará a terceira maior delegação — 142 delegados e 70 participantes — depois de Minas Gerais (158 delegados e 79 participantes) e São Paulo (332 delegados e 165 participantes). Do ponto de vista da municipalização, contudo, a conferência terá uma influência muito maior na vida dos cariocas, habitantes da única capital que ainda não unificou a administração da rede de saúde pública.

A definição do sistema de financiamento, que vem sendo um dos obstáculos à municipalização da rede do Inamps no Rio, deverá ser o assunto mais deba-

tido da conferência, que terá quatro painéis, sendo que o primeiro, amanhã pela manhã, abordará um dos pontos mais delicados da política de ajuste econômico: o custo social, representado pelo aumento das taxas de morbidade e mortalidade de doenças ligadas à miséria, como a tuberculose. Um dos que terão de responder à questão de quem paga o preço pelo ajuste será o ministro da Economia, Marçílio Marques Moreira, que dividirá a mesa com o ministro da Saúde, Adib Jatene, o presidente do PT, Luís Inácio Lula da Silva, e o senador Fernando Henrique Cardoso (PSDB-SP).

Até chegarem à plenária final, que irá votar a política de saúde a ser implementada pelo poder público, os delegados e participantes irão se dividir em cem grupos de trabalho. Ao participar de um simpósio no Rio, há três semanas, o ministro Adib Jatene chamou a atenção para um ângulo pouco explorado de seu setor: o controle social sobre a saúde pública. Embora ele seja incipiente no Estado do Rio — onde o Conselho Estadual de Saúde ainda não fiscaliza as contas do SUS porque não foi convocado —, a conferência reforça a tese de Jatene. Dos três mil participantes, 1988 passaram pelo crivo de conferências municipais, estaduais e encontros nacionais até chegarem a Brasília.

TG02: 10/08/1992 – O País

Para Jatene a crise é ética, política e moral

BRASÍLIA — A abertura da 9ª Conferência Nacional de Saúde, no auditório da AABB, em Brasília, transformou-se em um ato político de contestação do Governo Collor — e de apoio ao ministro da Saúde, Adib Jatene. Ao ser anunciado, Jatene foi aplaudido demoradamente pela platéia de cerca de três mil pessoas, que a seguir pediram a saída do presidente. Em seu discurso, Jatene, que vinha adotando uma posição neutra em relação às denúncias feitas à CPI de PC Farias, surpreendeu ao afirmar que a população está desestimulada "diante da crise ética, política e moral".

O endurecimento do discurso do ministro reforçou os boatos de que ele pretende deixar o Ministério da Saúde após a Conferência — o que ele, entretanto, negou momentos antes da cerimônia de abertura. Jatene também negou que tivesse sofrido pressões para não realizar a Conferência. Diante da pergunta sobre se não tinha receio de manifestações contrárias ao governo, ele respondeu:

— Você está me dizendo que teme as manifestações democráticas deste plenário? Estamos num país democrático — devolva.

O ministro voltou a culpar os empresários pela falta de recursos de sua pasta devido às ações que estes impetraram na Justiça contra o Finsocial. Em decorrência disto, acrescentou ele, o valor médio da internação paga pelo Ministério caiu de US\$ 220 em maio de 1990 para US\$ 178 em maio último.

Com o tema "Municipalização é a Saúde", a 9ª Conferência Nacional de Saúde prossegue até sexta-feira. Hoje pela manhã, haverá um painel com os Ministros Jatene e Marcello Marques Moreira, da Economia, além do presidente do PT, Luis Inácio da Silva, do senador Fernando Henrique Cardoso e Dom Luciano Mendes, presidente da Conferência Nacional dos Bispos do Brasil.

TG03: 12/08/1992 – O País

8 • O País

2º CLICHÉ

Jatene: déficit pode parar o ministério

O ministro Adib Jatene voltou a negar ontem que pretenda deixar o Ministério da Saúde após o término da 9ª Conferência Nacional de Saúde, sexta-feira, mas acrescentou que o Ministério poderá paralisar o atendimento se não receber o empréstimo de Cr\$ 5 trilhões do Fundo de Apoio ao Trabalhador (FAT), vinculado à Caixa Econômica Federal. Este mês, o déficit acumulado deverá chegar a Cr\$ 1,3 trilhão.

Jatene disse que esperava receber o empréstimo segunda-feira, mas o pedido — já aprovado pelo Ministério da Economia — ainda não foi sequer enviado pelo Palácio do Planalto ao Congresso. O déficit do ministério chegou a atingir Cr\$ 17 trilhões com as ações impetradas na Justiça por empresários arguindo a inconstitucionalidade da cobrança do Finsocial.

A liberação destes recursos depende do julgamento do Supremo Tribunal Federal. Jatene disse acreditar na vitória do governo na Justiça:



Jatene diz que ficará no cargo

— Eu entendo que a Justiça não pode se limitar exclusivamente ao aspecto jurídico. Eu não poderia chamar de justa uma decisão que inviabilizaria todo o Sistema Único de Saúde.

Ao abrir ontem a 9ª Conferência Nacional de Saúde, em nome do presidente Collor, Jatene recebeu vaias da platéia, principalmente de delegados ligados à Central Única dos Trabalhadores (CUT).

TG04: 15/08/1992 – Grande Rio

Sábado, 15 de Agosto de 1992

Prefeitura tem três meses para assumir sistema de saúde

ELAINE RODRIGUES

BRASÍLIA — A 9ª Conferência Nacional de Saúde decidiu ontem dar três meses para a municipalização do Sistema Único de Saúde (SUS) e, se esse prazo não for cumprido, acionará o Ministério Público contra as instituições responsáveis. Em tese, isto significa que a Prefeitura do Rio teria até 15 de novembro para assumir os serviços de saúde que hoje estão com o Inamps e o Estado. O prazo estabelecido pela Secretaria Municipal de Saúde para assumir a rede do Inamps se esgota em março de 1993, mas nem o presidente do órgão, José da Silva Guedes, acredita que isso aconteça:

— Acho que o processo de municipalização vai depender do empenho da equipe envolvida, mas não acredito que ele acabe em março.

O Secretário Municipal de Saúde, Ronaldo Gazolla, também não acredita nisso. Ao ouvir a leitura do item 151 do relatório da conferência estipulando em três meses o prazo de municipalização, Gazolla deu um pulo:

— Não é possível, é muito pouco tempo.

O principal problema da muni-

cipalização no Rio é o financiamento do sistema através da autorização de internação hospitalar (AIH) e da unidade de cobertura ambulatorial (UCA). Os secretários municipais de Saúde reclamam dos cortes feitos pela Secretaria Estadual de Saúde. Além disso, admitiu o presidente do Inamps, os hospitais federais do Rio têm um custo muito alto para os padrões da rede pública.

Em setembro, o Inamps vai modificar o sistema de pagamento do serviço de sua rede no Rio, segundo José da Silva Guedes. Ao invés de receber o equivalente à previsão de despesas — a chamada parcela orçamentária —, as unidades vão ganhar por produção, a exemplo do que ocorre com todas as outras do sistema público e conveniado.

— O hospital vai fazer jus ao dinheiro equivalente ao que ele produz em atendimento. Isto significa que ele vai ter que se adaptar, reduzir despesas de custeio, racionalizar os custos, como já está sendo feito em Bonsucesso — explicou Guedes, que acredita que as unidades passarão a ter com o tempo uma sobra de caixa que será investida em melhorias do próprio hospital.

Setembro de 1996: 10ª Conferência Nacional de Saúde

TG05: 05/09/1996 – O País

Conferência vira palco de protesto contra o Governo

Jatene teve de sair do debate sobre saúde cercado por seguranças

• BRASÍLIA. A 10ª Conferência Nacional de Saúde — o maior evento da área de saúde no país —, que começou segunda-feira no Centro de Convenções, acabou virando palco de uma manifestação contra a política do Governo Federal e a favor da reforma agrária. Irritados com a ausência da presidente do Conselho da Comunidade Solidária, a primeira-dama Ruth Cardoso, e de três ministros — Pedro Malan (Fazenda), Antônio Kandir (Planejamento) e Gustavo Krause (Meio Ambiente) — a um debate sobre políticas públicas de saúde, cerca de mil participantes do encontro fizeram um protesto. A secretária-executiva do Comunidade Solidária, Anna Peliano (substituindo Ruth Cardoso), foi obrigada a deixar o auditório debaixo de valas.

FH não foi e Malan sequer mandou substituto

O único a prestigiar o encontro, o ministro da Saúde, Adib Jatene, foi até elogiado, mas acabou tendo que deixar o local protegido por seguranças. No domingo, o presidente Fernando Henrique não comparecera à abertura da Conferência. Ontem, o ministro Pedro Malan não mandou sequer representante para participar de um debate.

O protesto começou quando o coordenador da mesa, Paulo Buss, anunciou os nomes dos debatedores — substitutos dos ministros e de dona Ruth. Começaram as valas e dois delegados subiram à mesa, abrindo uma fenda

durante a mesa, abrindo uma fenda com a frase "Na matança dos sem-terra FHC é o maior culpado". Minutos depois, Jatene chegou ao local. ■

Dezembro de 2000: 11ª Conferência Nacional de Saúde

TG06: 15/12/2000 – Coluna Joelmir Beting

Economia da saúde - I

• Instala-se, hoje, em Brasília, a 11ª Conferência Nacional de Saúde. Na agenda oficial, a consolidação do Sistema Único de Saúde, o controle social da assistência médico-fármaco-hospitalar, os novos padrões de financiamento do setor e o processo de universalização do atendimento (ou de inclusão dos excluídos).

O que não tem faltado, entre nós, é toda uma bacada de diagnósticos dos problemas, das carências, dos vazios e dos desvios do sistema. O que está faltando, segundo o ex-ministro Adib Jatene, é o enfrentamento dos desafios com soluções dignas de "economia de guerra" na área. E, em estados de emergência suprema, diriam os generais romanos, as saídas mais ousadas são, com certeza, as mais seguras. Falta justamente a ousadia nos tratos da matéria.

Fiquemos no trato dela pela ótica da economia (e não propriamente do tal de mercado). A "sinistra ciência da escassez", na definição de Carlyle, impõe limites físicos que não podem ser impunemente transpostos, por mais legítimos que sejam os anseios da sociedade e as intenções da autoridade.

No caso brasileiro, os limites da inclusão social na Saúde estão situados em algum ponto da curva dos investimentos públicos e privados no setor. Estamos fechando o ano com um dispêndio nacional de US\$ 210 por habitante/ano. Algo digno de ser cotejado com os US\$ 1.230 da Austrália, os US\$ 1.820 da França ou os US\$ 3.310 dos Estados Unidos. Fonte: OMS/ONU.

Diz o ministro José Serra que não basta discutir atalhos para a elevação do montante de recursos destinados à Saúde. Não menos importante e tempestivo é examinar medidas de redução do desperdício dos recursos endemicamente escassos. O sistema nacional precisa de um choque de qualidade, que começa por um choque de gestão em todos os níveis.

Indicadores básicos do ministério apontam para ganhos de eficiência no setor. Caso do declínio da mortalidade infantil, por mil nascidos vivos, no primeiro ano. Em duas décadas, ela baixou piedosamente de 86 (1980) para 48 (1990) e para 34 (1999).

O programa de municipalização (SUS) e o programa de atendimento familiar (PSF) merecem ser vitaminados financeiramente, aperfeiçoados administrativamente, prestigiados politicamente e patrulhados socialmente. Aqui e ali, eles já provaram que funcionam.

Igualmente digno de aplauso e de amparo é o exército já formado e em marcha batida dos 145 mil agentes comunitários de Saúde.

TG07: 16/12/2000 – Coluna Joelmir Beting

Economia da saúde - I I

• Vamos aos sete choques de transição da Economia da Saúde no Brasil. Recombinados, eles dramatizam a urgência de reformas no sistema brasileiro. Reformas em discussão, neste fim de semana, na 11ª Conferência Nacional de Saúde, em Brasília.

Transição demográfica. Quatro quintos da população brasileira já vegetam nas cidades cada vez mais insalubres. Com a queda das taxas de fertilidade e de mortalidade infantil e com a alta da longevidade dos idosos, a pirâmide etária transmuda-se para o perfil de uma futura cebola etária (padrão europeu). A pressão sobre a seguridade social cresce com o avanço da chamada Terceira Idade.

■ ■ ■ ■ ■

Transição epidemiológica. A vacinação em massa reduz a infestação de doenças evitáveis e transmissíveis. A expansão do saneamento básico faz declinar a mortalidade infantil. Mas moléstias erradicáveis reaparecem, novas doenças contagiosas entram em cena e espalham-se os males da vida moderna (câncer, hipertensão, obesidade, depressão e cardiopatias).

■ ■ ■ ■ ■

Transição ambiental. A poluição da pobreza junta-se com a poluição da riqueza. Poluentes orgânicos e químicos, na cidade e no campo, desencadeiam doenças de caráter cumulativo. A coleta de esgoto domiciliar avança, mas ainda deixa 23% da população urbana na fossa negra. Dos detritos coletados, apenas 8% são tratados. No lixo urbano, nada além de 3% da coleta é reciclada ou isolada.

■ ■ ■ ■ ■

Transição institucional. A falência da Previdência deixou a Saúde na rua da amargura. A municipalização do sistema (SUS) está longe de resolver a carência orçamentária do setor. A concentração da renda e a transição demográfica agravam o quadro. A classe média refugia-se na Previdência complementar e na Saúde conveniada, ambas de domínio privado e com regulação ainda não madura.

■ ■ ■ ■ ■

Transição profissional. O setor experimenta choques de competência profissional na área médica e na gestão hospitalar. O fator limitante básico é menos o talento e mais o capital. A área da assistência médico-hospitalar também funciona como "indústria de capital intensivo", na mesma categoria do automóvel, da telefonia, da computação ou da petroquímica.

■ ■ ■ ■ ■

Transição econômica. Engastado na realidade do mercado, o estado de saúde da população está atrelado ao estado de saúde da Economia. Quando os negócios prosperam e os empregos e os salários melhoram, a sociedade como um todo rebaixa os índices de estresse, angústia, insônia, depressão e violência. Vamos nessa?

Dezembro de 2003: 12ª Conferência Nacional de Saúde

TG08: 09/12/2003 – Cotidiano

Rejeitada emenda que devolvia verba da saúde

Deputados do PT ameaçam recorrer à Justiça para que o dinheiro não seja desviado para projetos governistas

Paula Autran

• O presidente da Comissão de Orçamento da Assembleia Legislativa, deputado Edson Albertassi (PSB), rejeitou ontem a emenda apresentada pelos deputados Paulo Pinheiro e Cida Diogo (PT), da Comissão de Saúde, visando a impedir a aplicação de R\$ 412 milhões do Fundo Estadual de Saúde (FES) nos projetos sociais do governo em 2004. Foi mais uma derrota da bancada

petista, que vem tentando retirar itens como o Cheque Cidadão e o pagamento de juros de dívidas do Programa de Despoluição da Baía da área da saúde no orçamento do ano que vem. O relatório de Albertassi será votado amanhã na Alerj.

— Se não conseguirmos reverter a situação em plenário, vamos recorrer ao Judiciário, com duas ações contra o governo do estado: uma ação direta de inconstitucionalidade e uma ação civil pública contra a utilização de recursos da saúde em outros programas. Isto é um crime! — disse Paulo Pinheiro, que esteve ontem em Brasília para participar da Conferência Nacional de Saúde.

Ele disse que os cerca de cinco mil delegados de saúde de todo o país lá reunidos protestaram contra o que está acontecendo no Rio usando narizes de palhaço e segurando notas de R\$ 1.

Há cerca de um mês, o Ministério Público federal emitiu uma recomendação à governadora Rosinha Matheus para que ela retirasse do orçamento o item que permite a utilização de recursos da área da saúde em programas sociais. A medida foi tomada para garantir o cumprimento do percentual mínimo de 12% de repasse para a área de saúde, previsto na emenda constitucional número 29. Na ocasião, Rosinha informou que não iria atender à recomendação do MP federal, que também pode entrar com uma ação contra o estado na Justiça federal.

Duas semanas depois, atendendo a pedido dos deputados Paulo Pinheiro e Alessandro Molon (PT), oito promotores do Ministério Público estadual emitiram uma recomendação a todos os deputados estaduais para que emendassem a proposta orçamentária de 2004 com o objetivo de evitar um repasse de verba da saúde para assistencialismo. Na recomendação, os promotores alertavam que os recursos do Fundo Estadual de Combate à Pobreza e do Sistema Único de Saúde não deveriam ser anexados ao Fundo Estadual de Saúde.

— Nós fizemos a emenda para que este dinheiro pudesse retornar para a saúde, mas hoje (ontem) tivemos esta grande derrota — lamentou Paulo Pinheiro. ■

Novembro de 2007: 13ª Conferência Nacional de Saúde

TG09: 16/11/2007 – Cotidiano

Temporão busca apoio à prorrogação

Ministro diz em conferência de saúde que fim da CPMF vai parar cirurgias

Ailton de Freitas

Evandro Éboli

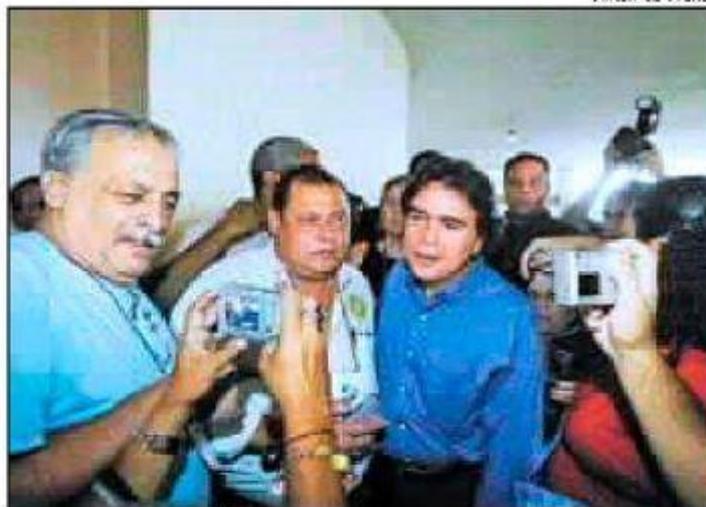
• BRASÍLIA. O governo aproveita a realização da 13ª Conferência Nacional de Saúde, que reúne cerca de quatro mil profissionais da área em Brasília, para buscar apoio popular à aprovação da prorrogação da CPMF. O presidente Luiz Inácio Lula da Silva quer que os militantes se mobilizem nos estados e cobrem apoio dos políticos, em especial dos senadores. A conferência começou ontem, e o ministro da Saúde, José Gomes Temporão, montou um gabinete no evento, para defender as políticas do setor e a necessidade da prorrogação do tributo.

Depois do discurso de Lula anteontem à noite na abertura da conferência, no qual fez duras críticas à oposição e pediu apoio dos militantes, ontem foi a vez de Temporão e o ministro-chefe da Secretaria-Geral da Presidência, Luiz Dulci, defenderem a continuidade da CPMF.

Temporão disse que se o tributo não for renovado, muitos estados não terão mais condições de prestar todos os serviços de saúde.

— O atendimento de alta e média complexidades vai estar comprometido. Vão parar cirurgias e internações.

O ministro afirmou que con-



MINISTRO TEMPORÃO é fotografado por profissionais de saúde

versou com governadores do PSDB, como José Serra (São Paulo), Aécio Neves (Minas Gerais) e Yeda Crusius (Rio Grande do Sul), e disse ter o apoio deles para que a CPMF seja prorrogada. Perguntado por que esses apoios não se revertem em votos no Senado, ele respondeu:

— Foi justamente o que o presidente Lula questionou ontem (anteontem).

Dulci repetiu o discurso de que não só a União mas também os estados perderão se a CPMF não for aprovada. E a dirigente da Pastoral da Criança, Zilda Arns, reforçou que fará campanha pela aprovação da

CPMF junto aos senadores.

Temporão reuniu-se com o presidente do Conselho Nacional de Saúde (CNS), Francisco Batista Júnior, e pediu seu apoio. Júnior é o principal crítico do modelo de fundação estatal na gestão da saúde, proposta enviada pelo governo ao Congresso. Júnior confirmou o pedido de apoio do Planalto e disse ser a favor da prorrogação da CPMF, apesar de ser crítico do governo.

Em meio aos delegados da conferência, Temporão mal conseguia andar, tal a quantidade de pedidos de foto, cumprimentos e reclamações. ■

Fundação para a saúde enfrenta resistência

Temporão diz que governo aceita discutir projeto, que tramita na Câmara e está sendo analisado em conferência

Evandro Ebboli

● BRASÍLIA. Aposta do governo para melhorar o atendimento na saúde, o projeto que cria a fundação pública de direito privado sofre resistências dos militantes que atuam no setor. A proposta enviada pelo presidente Luiz Inácio Lula da Silva ao Congresso está sendo duramente criticada na 13ª Conferência Nacional de Saúde e deverá ser rejeitada pela maioria dos delegados.

O projeto prevê que hospitais e outras unidades do Sistema Único de Saúde (SUS) tenham autonomia de administração e que os médicos, aprovados em concurso, sejam obrigados a cumprir metas, sob pena de serem demitidos.

Responsável pelo evento é contrário ao projeto

No enorme galpão de exposição onde ocorre a conferência, que reúne mais de quatro mil representantes do setor, há várias faixas contrárias ao projeto, de sindicatos e federações de trabalhadores da saúde e entidade sindicais, como a CUT. O Conselho Nacional de Saúde, responsável pela conferência, já adotou posição contrária ao projeto. O presidente do conselho, Francisco Batista Júnior, é um duro opositor da fundação.

— O projeto significa a mercantilização da saúde, ao prever que profissionais serão remunerados por salários de mercado. Isso acaba com a interiorização de médicos, enfermeiros e tantos outros profissionais, e termina de vez com a possibilidade da criação da carreira da saúde.

O projeto do governo foi enviado em julho e tramita lentamente na Câmara. A proposta apenas define os ministérios que poderão instituir esse modelo em suas autarquias. Detalhes de seu funcionamento, como forma



PARTICIPANTES DA conferência praticam alongamento: a maioria dos delegados não apoia a fundação estatal

“O governo está disposto a discutir. O que não pode é a conferência rejeitar e não apresentar proposta alguma”

JOSÉ GOMES TEMPORÃO
Ministro da Saúde

“O projeto significa a mercantilização da saúde ao prever que profissionais serão remunerados por salários de mercado”

FRANCISCO BATISTA JÚNIOR
Presidente do Conselho Nacional de Saúde

de contratação, salários e conselhos gestores, serão estabelecidos em outra proposta.

O ministro da Saúde, José Gomes Temporão, está preocupado com a repercussão negativa, entre os parlamentares, de eventual derrota na conferência. Diante da rejeição anunciada, o ministro e entidades que apoiam a fundação estatal — como as que reúnem secretários municipais e estaduais de

saúde — buscam uma espécie de saída honrosa. O Conselho Nacional de Secretários de Saúde Municipais (Conasems) e o Conselho Nacional de Secretários Estaduais (Conass) vão apresentar uma moção com 12 pontos a serem contemplados na proposta do governo.

Temporão nega que seja um recuo. Ele afirmou que o governo não vai retirar a proposta do Congresso, mas aceita

discutir trechos do projeto:

— A fundação estatal é uma proposta do governo e foi enviada ao Congresso pelo presidente da República. Não tem sentido retirá-la. Mas o governo está disposto a discutir e a sentar com várias entidades e conversar. O que não pode é simplesmente a conferência rejeitar e não apresentar proposta alguma.

O documento que está sendo negociado propõe um modelo

Pressão contra o aborto

Descriminalização é discutida em evento

● BRASÍLIA. Setores da Igreja Católica atuam na 13ª Conferência Nacional de Saúde para barrar a aprovação da proposta de apoio à descriminalização do aborto no país. O assunto tem sido debatido no encontro e deverá ser votado amanhã, na plenária de encerramento. Um eventual apoio da conferência ajudaria a reforçar a pressão no Congresso Nacional a favor de mudanças na legislação.

A Pastoral da Criança é o setor religioso que atua com mais veemência e distribuiu material contrário à proposta. A coordenadora da Pastoral, Zilda Arns, está em campanha contra a iniciativa.

No primeiro teste de votação, realizado antecorrem, a descriminalização do aborto foi aprovada em sete dos dez grupos plenários que discutem e votam as quase 600 propostas nas áreas da saúde. Mas, para ser aprovado em definitivo, o projeto precisaria da aprovação unânime

e ter passado pelas dez plenárias. Como isso não ocorreu, o tema vai ser apreciado e votado pelos cerca de quatro mil delegados da conferência neste fim de semana.

Nos panfletos que distribui, a Pastoral argumenta que o aborto é um crime covarde e consiste em matar um ser humano inocente.

— Ser contra o aborto é fazer uma opção pela vida — disse Zilda Arns.

O ministro da Saúde, José Gomes Temporão, afirmou ontem que a eventual aprovação amanhã do apoio à descriminalização do aborto será um grande avanço. Desde que assumiu o ministério, Temporão defende o direito à interrupção da gravidez sob o argumento de que o assunto tem que ser tratado como problema de saúde pública.

— É muito importante esse debate, que vinha sendo meio vetado. O aborto está sendo discutido de maneira aberta. Estou satisfeito com o resultado obtido este ano.

de gestão que seja estatal e que fortaleça o papel do Estado. “Que seja 100% SUS, com financiamento exclusivamente público e operando com uma única porta de entrada”, afirma o texto. Os críticos da fundação argumentam que o modelo vai permitir que o setor privado participe de direção de hospitais.

Nas conferências estaduais prévias ao encontro nacional, a fundação foi aprovada em ape-

nas duas delas: Bahia e Rio. O secretário de Saúde da Bahia, Jorge Solla, um dos mais enfáticos defensores, criticou os opositores por reduzirem a discussão a ser contra ou a favor.

— A conferência não pode perder essa oportunidade e simplesmente dizer que não aprova. Todos concordamos que a gestão do SUS precisa de mudanças. Vamos sentar e conversar — disse Solla. ■

TG11: 19/11/2007 – Cotidiano

Igreja vence governo federal e derruba documento pró-aborto

• Com forte *lobby* da Igreja Católica, a Conferência Nacional de Saúde rejeitou proposta de descriminalização do aborto, defendida pelo governo. O PAÍS, página 5

Segunda-feira, 19 de novembro de 2007

O GLOBO

O PAÍS • 5

Aborto: Igreja derrota proposta do governo

Católicos pressionam delegados de conferência de saúde, e projeto de descriminalização da prática é rejeitado

Evandro Eholi

• BRASÍLIA. No embate sobre a legalização do aborto no Brasil, prevaleceu a pressão de setores da Igreja Católica. A proposta de descriminalização do aborto foi rejeitada ontem por 70% dos votos dos cerca de 2,7 mil delegados da 13ª Conferência Nacional de Saúde. Foi uma derrota do Ministério da Saúde, que defende a aprovação de um projeto de lei que acaba com a criminalização da mulher que se submeter a um aborto. Mais organizados, os católicos ocuparam os lugares estratégicos à frente da mesa de trabalhos.

A proposta rejeitada dizia o seguinte: "Assegurar os direitos sexuais e reprodutivos, respeitar a autonomia das mulheres sobre seu corpo, e a questão do aborto, reconhecendo-o como problema de saúde pública e discutir sua descriminalização por meio

de projeto de lei".

Para Clóvis Boufeur, diretor de Relações Institucionais da Pastoral da Criança, a decisão da conferência foi uma vitória da sociedade, que, segundo ele, é contra a descriminalização. Boufeur disse que os religiosos mobilizaram cerca de 400 pessoas para atuar no convencimento dos delegados.

Proposta do governo fora aprovada em sete plenárias

A proposta defendida pelo governo havia sido aprovada em sete das dez plenárias na quinta-feira, mas esse resultado não se confirmou no plenário.

— Havia um esforço para banalizar a vida, com divulgação exagerada de dados incorretos. A legalização do aborto não resolveria o problema da saúde da mulher. O que precisa é o governo melhorar a oferta de informações sobre a concepção e não ficar correndo atrás do pre-

juízo — disse Boufeur.

Indignado com o resultado da conferência, o diretor do Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas do Ministério da Saúde, Adson França, que representou o ministro José Gomes Temporão no evento, disse que a Igreja Católica montou uma "verdadeira clique". Antes de votar o mérito da proposta, os religiosos sequer permitiram a discussão.

— Foi um absurdo não permitirem a discussão de um assunto tão polêmico como esse. Na visão do ministério, o aborto é um problema grave de saúde pública. É a segunda causa de internação obstétrica no SUS. As vítimas do aborto mal feito são as mulheres negras e pobres, que não têm condições de pagar por clínicas que fazem abortos. Não permitir que sejam atendidas devidamente é uma hipocrisia. É uma crueldade — disse Adson França. ■



FRANCISCO BÁTISTA (em pé) lê as propostas durante as votações: "Esperamos que Lula respeite o resultado"

Gustavo Miranda

TG12: 19/11/2007 – Cotidiano

Governo aceita rediscutir projeto de fundações

Temporão lamenta derrota da proposta e o fato de não terem sido apresentadas alternativas

• BRASÍLIA. Após a derrota imposta no fim de semana pelos movimentos sociais na 13ª Conferência Nacional de Saúde, o governo federal admite rediscutir com o setor a proposta de criação de fundações públicas de direito privado. O projeto de fundação estatal, enviado ao Congresso, prevê novo modelo de gestão, não só na área de saúde, mas em outros segmentos da administração federal. Por unanimidade, os dez grupos que discutiram o tema no encontro rejeitaram o modelo. O ministro da Saúde, José Gomes Temporão, lamentou a decisão.

— Fica um gosto de frustração em relação a esse resultado. A sociedade exige um sistema moderno de gestão, e a conferência perdeu essa oportunidade de dar respaldo e endossar uma proposta que vai melhorar a gestão de saúde no país — disse Temporão. — O mais grave é que não estão sugerindo uma forma alternativa de melhorar a gestão de hospitais e de toda essa decadência. A sociedade ava-

lia que precisa mudar.

O secretário de Gestão Estratégica e Participativa do ministério, Antônio Alves, disse que o resultado da conferência não será desprezado pelo governo:

— Essa decisão indica a necessidade de o governo abrir o debate e avaliar se o projeto enviado é o melhor, de fato, ou necessita de aperfeiçoamento. O Ministério da Saúde está sensível à decisão da conferência.

Para o governo, o modelo permitiria menos burocracia e mais agilidade na gestão de hospitais e de outras unidades de saúde, e permitiria contratação de servidores com salário de mercado. O presidente do Conselho Nacional de Saúde, Francisco Batista Júnior, principal opositor do projeto, elogiou a decisão dos conselheiros:

— A votação unânime dá legitimidade a nossa posição. Esperamos que o presidente Lula respeite o resultado, e o governo sente conosco para discutir o modelo de gestão mais adequado para o SUS. ■

OPINIÃO

Marcha a ré

A Conferência Nacional de Saúde realizada em Brasília no último fim de semana rejeitou em bloco a proposta do governo para a criação de fundações públicas de direito privado a quem caberia a administração dos hospitais do SUS. O governo disse que o resultado da Conferência (que tem atribuições meramente consultivas) não será desprezado, e que vai haver debate para saber se o projeto enviado ao Congresso é realmente o melhor. Mas ficou no ar um cheiro inconfundível de corporativismo; a sensação de que há grupos numerosos — e poderosos — que não querem uma mudança no *status quo*.

Que a mudança é necessária, fica evidente com a análise do modo de funcionamento dos hospitais do SUS, que só se pode chamar de catastrófico. Praticamente todos os hospitais públicos brasileiros criaram subterfúgios para driblar a rigidez das regras de administração pública, e para obter um mínimo de eficiência na gestão da saúde. Um exame das relações trabalhistas nesses hospitais mostra o tamanho do problema. Dos 22 900 trabalhadores dos hospitais federais do Rio de Ja-

neiro, por exemplo, 40% são terceirizados. Surgiram fundações privadas de apoio desempenhando funções que deveriam corresponder à administração pública. Isso envolve contratação de pessoal, obras, compra de equipamentos, remédios etc.

É a essa situação anômala que se destina o projeto de fundação estatal encaminhado pelo governo ao Congresso, que, simultaneamente, reconhece a necessidade de autonomia e flexibilidade na oferta de serviços, mas não diminui a importância da administração direta do Estado. A fundação estatal supõe uma administração gerida por metas e indicadores. Os hospitais, por exemplo, terão metas de desempenho para cada serviço prestado, vincula-

**A gestão dos
hospitais
públicos exige
medidas
renovadoras**

das diretamente aos recursos recebidos. Os mandatos dos dirigentes dessas instituições estarão vinculados ao êxito da gestão. Os novos contratos serão regidos pela CLT, sem abandonar-se a seleção por concursos públicos. É nessa direção que caminha a gestão pública em qualquer país civilizado. Mas, aqui, parecem bem vivas as forças interessadas apenas em manter o que já existe.

TG14: 27/11/2007 – País

Relator antecipa parecer contra aborto

Mudalen não aguarda fim das discussões e recorre a valores morais e religiosos

Evandro Ebboli

• BRASÍLIA. Relator do projeto que descriminaliza o aborto na Comissão de Seguridade Social e Saúde da Câmara, o deputado Jorge Tadeu Mudalen (DEM-SP) apresentou na última semana parecer contrário à proposta. Mudalen antecipou a apresentação de seu relatório, aproveitando o resultado da 13ª Conferência Nacional de Saúde realizada na semana passada e que rejeitou a legalização do aborto. Projeto sobre o assunto tramita na Câmara há 16 anos.

O relator nem sequer aguardou a realização da última audiência pública na comissão, marcada para o próximo dia 5 e que tem como convidado o ministro da Saúde, José Gomes Temporão, favorável ao direito da mulher de interromper a gravidez. Mudalen, que também preside a comissão, incluiu o tema numa pauta extraordinária

semana passada, mas parlamentares a favor do projeto conseguiram barrar a votação.

O projeto é de autoria do ex-deputado Eduardo Jorge (PV-SP) e foi anexado a uma proposta semelhante, de José Genoíno (PT-SP). Mudalen é evangélico e recorreu a argumentos religiosos, morais e a alguns números sobre mortalidade materna no Sistema Único de Saúde (SUS) para recomendar a rejeição.

Relator diz que aborto tem papel menor nos óbitos

O relator afirmou que o aborto deixa seqüelas na mulher, como complicações físicas e psicológicas, esterilidade e estresse crônico. Ao citar números da mortalidade materna, Mudalen afirmou que, entre essas causas, o aborto é o que tem "menor papel no conjunto de óbitos". "Caso o aborto pudesse ser praticado em condições adequadas de

higiene e técnicas, ainda haveria 1.500 mortes maternas anuais causadas por motivos mais simples e não atendidos pelo SUS", afirma Mudalen, que propôs submeter o tema a referendo popular.

Mudalen citou a decisão da Conferência Nacional de Saúde, na qual 70% dos cerca de três mil delegados votaram contra a descriminalização do aborto. Ele disse que o brasileiro se coloca de forma crescente contra a liberação da prática e que, na conferência, o aborto foi discutido "à exaustão". Na verdade, a pressão da Igreja Católica não permitiu que o assunto fosse debatido no momento da votação na conferência. Por maioria, os participantes recusaram a discussão e passaram à votação.

No parecer, o relator citou uma passagem bíblica: "Antes que eu te formasse no ventre materno, eu te conheci, e, antes que saísse da madre, te

consagrei, e te constituí profeta às nações".

Defensora do projeto, Cida Diogo (PT-RJ) criticou a iniciativa de Mudalen de tentar antecipar a votação. Ela também disse ser contra o texto do relator e afirmou que não se pode ignorar que o aborto é um problema de saúde pública.

— Nunca fiz aborto e nem faria. Acho que ninguém deveria ter que se submeter a essa prática. Mas é uma realidade para a qual não se pode fechar os olhos. Hoje, as mulheres abortam de forma insegura e agressiva. Não pode ser tratada como uma criminoso, e é preciso garantir atendimento adequado — disse Cida.

O clima entre os que são a favor e os que são contra é tão acirrado que, no dia da audiência com o ministro da Saúde, serão distribuídas senhas para o grupo pró e contra. Metade para cada lado. ■

Novembro/Dezembro de 2011: 14ª Conferência Nacional de Saúde

TG15: 02/12/2011 – Panorama Político

Em voz alta

- Na Conferência Nacional da Saúde, ontem, o governador Jaques Wagner (PT-BA) sugeriu que, em vez de aumentar o orçamento para 10% (Emenda 29), o dinheiro da Saúde fosse reajustado todo ano pela inflação mais um ganho real.
-

Dezembro de 2015: 15ª Conferência Nacional de Saúde

TG16: 05/12/2015 – País

Presidente é notificada do processo e fala em golpe

No primeiro evento público após a aceitação do pedido de impeachment, a presidente Dilma foi aplaudida por plateia de servidores

e sindicalistas num congresso de Saúde, em Brasília, e afirmou não ver fundamento no processo. Aos gritos de "Fora, Cunha" e "Olé, olé,

olá, Dilma, Dilma", a petista disse que o que está em jogo é o que foi feito nos últimos 13 anos pelos governos do PT. "Temos que defen-

der nossa democracia contra o golpe", disse ela, que foi oficialmente notificada sobre a abertura do processo de impeachment. **PÁGINA 8**

8 | O GLOBO

| País |

2ª Edição Sábado 5.12.20

A GUERRA DO IMPEACHMENT

Dilma: 'Temos que defender a nossa democracia contra o golpe'

Presidente é recebida com gritos de apoio por plateia de servidores e sindicalistas

CATARINA ALENCASTRO, SÉRGIO ROXO E
STELLA BORGES
opais@oglobo.com.br

BRASÍLIA E SÃO PAULO. Recebida por servidores públicos e sindicalistas com gritos de apoio como "Olê, olê, olê, olê, Dilma, Dilma" e "Não vai ter golpe", a presidente Dilma Rousseff aproveitou a solenidade de encerramento da 15ª Conferência Nacional de Saúde para fazer ontem discurso em defesa do seu mandato. Disse que o processo de impeachment não tem fundamento, e que vai lutar com todos os instrumentos democráticos para se manter no cargo. Dilma chegou a classificar de "golpe" a tentativa de demovê-la da Presidência, e foi categórica ao afirmar que fica no governo até 2018.

— Temos que defender nossa democracia contra o golpe. Essa luta vai nos exigir muito diálogo e trabalho. Até 2018 eu e meu governo seremos incansáveis para cuidar da saúde de todos os brasileiros — disse Dilma, que ontem foi formalmente notificada sobre a aceitação do processo de impeachment pelo presidente da Câmara, Eduardo Cunha.

Segundo a presidente, a aceitação do impeachment foi o ápice de uma luta dos que não aceitaram até hoje sua reeleição, no ano passado. E que, desde o primeiro dia de seu segundo mandato, têm feito movimentos sistemáticos para "afundar o país". Ela citou as pautas-bomba como exemplo.

— Não tem fundamento o processo do meu impedimento. Eu vou fazer a defesa do meu mandato com todos os instrumentos previstos no estado democrático de direito — disse Dilma.

"NADA FIZ QUE JUSTIFICASSE O PEDIDO"

Ela disse que continuará dialogando com os segmentos da sociedade para mostrar que a luta não é em favor de uma pessoa ou de um partido ou grupo de partidos:

— É uma luta em defesa da democracia deste país, construída com muito esforço ao longo das últimas gerações. Não vamos nos enganar. O que está em jogo agora são as escolhas políticas que fizemos nos últimos 13 anos. São 13 anos em favor da soberania do Brasil, em defesa sistemática do povo, do emprego, da renda, da oferta de serviços de qualidade. Eu vou lutar contra esse pedido de impeachment porque nada fiz que justificasse esse pedido e porque tenho compromisso com a população deste país que me elegeu.

A presidente repetiu o que tinha dito no pronunciamento de quarta-feira: não tem conta na Suíça, não cometeu atos ilícitos e, em sua biografia, não há "nenhum ato de uso indevido de dinheiro público". Neste momento, foi interrompida pelos presentes com gritos de "Fo-



Reação. Dilma discursa na Conferência Nacional de Saúde, em Brasília: "Vou fazer a defesa do meu mandato com todos os instrumentos previstos"

Opinião

CONSENSO

A PRESSA do governo para que o pedido de impeachment contra Dilma seja votado o mais rapidamente possível se explica pela preocupação com o efeito negativo sobre o Congresso da persistente tendência de agravamento da crise econômica.

NESTE PONTO, há um consenso nacional. Sem que o governo consiga formular um ajuste estrutural, é isto mesmo o que acontecerá.

ra, Cunha". Dilma se emocionou no início do discurso. Ela foi recebida com palavras de ordem logo ao ter seu nome anunciado para ocupar o palco.

— Vocês não imaginam quanto isso que vocês estão fazendo faz bem para a alma da gente. Um abraço apertado, um abraço de irmã — disse Dilma, num tom pouco usual em seus discursos.

Aderindo à estratégia de não deixar provocações sem resposta, o presidente da Câmara, Eduardo Cunha (PMDB-RJ),

reagiu ontem aos ataques de Dilma:

"Não me sinto atingido pelas palavras da presidente e lamento que o maior escândalo de corrupção, de desvio de dinheiro público, do mundo esteja na maior empresa do governo dela; dirigida por ela desde 2003, seja como ministra, seja como presidente do conselho ou seja, ainda, como presidente da República", disse Cunha, por meio de assessoria.

Em São Paulo, a Executiva do PT decidiu ontem colocar o partido em estado permanente de mobilização para barrar o processo de impeachment. A avaliação é que a posição contra Eduardo Cunha reconectou a sigla com sua base e com os movimentos sociais.

— A decisão de que os nossos deputados negassem apoio a Cunha no Conselho de Ética foi sinalização efetiva para todos. E com esses movimentos que saudaram a decisão do PT, isso reunificou a base e trouxe de volta uma luta comum — disse o presidente do PT, Rui Falcão.

No fim de semana vão ocorrer atos no Ceará e em São Paulo. Segunda-feira, está previsto um encontro da CUT com a presença do ex-presidente Lula. Na resolução aprovada, o PT classifica o impeachment como "sórdida vingança" e "ameaça golpista". ●



NA WEB
<http://bit.ly/1HKK9fh>
Infográfico: A história e o rito do impedimento

MAIS UM PROBLEMA

AÇÃO CONTRA PRESIDENTE NO TSE VOLTA A ANDAR

Foi publicada ontem a decisão do Tribunal Superior Eleitoral (TSE) de manter aberta a Ação de Impugnação de Mandato Eletivo (Aime) contra a presidente Dilma Rousseff e o vice, Michel Temer. Com isso, começam a correr os prazos da tramitação do processo. A defesa de Dilma terá três dias para recorrer da decisão. Passado esse prazo, se o processo continuar aberto, a lei determina que os advogados dos investigados sejam notificados. Em seguida, eles terão sete dias para contestar as acusações, juntar documentos, indicar testemunhas e requerer a produção de outras provas, inclusive documentais. Depois disso, os quatro dias seguintes serão dedicados ao depoimento de testemunhas da defesa e da acusação — no caso, o PSDB.

Passada essa fase, a relatora do processo, a ministra Maria Thereza de Assis Moura, terá cinco dias para determinar as diligências finais. Ao fim desse prazo, PT, PSDB e Ministério Público Federal terão cinco dias para apresentar alegações finais ao TSE.