

A Desqualificação do SUS na *Folha de São Paulo*: Construção Discursiva de Gestores e Usuários

Gabriela Martins Silva
Emerson Fernando Rasera

Universidade Federal de Uberlândia
Uberlândia, MG, Brasil

RESUMO

A literatura atual em saúde aponta como a mídia tem realizado uma cobertura tendenciosa do SUS, enfatizando os problemas e se desinteressando pelos êxitos. Buscando investigar as estratégias discursivas utilizadas na desqualificação do SUS, especificamente, dos gestores e usuários, analisamos notícias publicadas pelo jornal *Folha de São Paulo*, no ano de 2008. Baseados na análise crítica do discurso, identificamos a construção da incompetência do governo, a partir de cinco estratégias discursivas: A desmoralização do governo; A valorização das alternativas; A utilização da voz de especialistas; A personalização do governo; e O foco no tempo. A indeterminação da inserção do usuário no Sistema foi construída a partir das estratégias discursivas de Despolitização do usuário; Politização limitada; e Judicialização. Consideramos que tais estratégias enfatizam o governo como responsável e não valorizam a participação popular via controle social, limitando as possibilidades de mudança no Sistema e transformando a crítica jornalística em desqualificação.

Palavras-chave: SUS; imprensa; controle social; comunicação em saúde; análise crítica do discurso.

ABSTRACT

Criticizing SUS (Brazilian National Health System) in Folha de São Paulo Newspaper: Discursive Construction of its Directors and its Users

Current health literature points to the media biased cover of SUS (Brazilian National Health System), which emphasizes problems and depreciates successes. Aiming to investigate the discursive strategies used to criticize SUS, specifically its directors and its users, we analyze newspaper articles published by *Folha de São Paulo* during 2008. Doing critical discourse analysis, we identified the construction of the incompetence of the government, built upon five discursive strategies: The demoralization of the government; The valorizing of alternatives; Using the voice of the experts; The personalization of the government; and The focus on time. The indetermination of the participation of the user was built upon three discursive strategies: Depoliticization of the user; Limited politicization; and Judicialization. We consider that these meanings emphasize the government as the manager of the SUS and devalue the popular participation through social control, restricting the possibilities of improving the System and transforming journalistic review into criticism.

Keywords: SUS; press; social control; health communication; critical discourse analysis.

RESUMEN

La Descalificación del SUS en el Folha de São Paulo: La Construcción Discursiva de Gestores y Usuarios

La literatura actual en salud muestra como los medios de comunicación realizan una cobertura tendenciosa del SUS, enfatizando los problemas y desinteresándose por los éxitos. Buscando investigar las estrategias discursivas utilizadas para descalificar el SUS, específicamente, los gestores y usuarios, analizamos noticias publicadas por el periódico *Folha de São Paulo*, en 2008. Basados en el análisis crítico del discurso, identificamos la construcción de la incompetencia del gobierno, a partir de cinco estrategias discursivas: La desmoralización del gobierno; La valorización de las alternativas; La utilización de la voz de especialistas; La personalización del Gobierno; El enfoque en el tiempo. La determinación de la inserción del usuario en el Sistema fue construida a partir de estrategias discursivas de Despolitización del usuario, Politización limitada y Judicialización. Consideramos que tales estrategias responsabilizan al gobierno y no valorizan la participación popular, limitando las posibilidades de cambio del Sistema y transformando la crítica periodística en descalificación.

Palabras clave: SUS; prensa; control social; comunicación en salud; análisis crítico del discurso.

INTRODUÇÃO

Aos 20 anos do SUS, completados em 2008, vários estudiosos se propuseram a pensar sobre os desafios e avanços desse Sistema. Tendo sido instituído no artigo 198 da Constituição Federal Brasileira de 1988, o SUS chega aos dias atuais tendo como principais desafios a efetivação plena das suas diretrizes de descentralização, integralidade e controle social (Bahia, 2009; Marques, 2009; Paim, 2009; Santos, 2009; Silva, 2009).

Estes desafios, apontam os autores, se ligam fundamentalmente aos modelos de gestão, ao subfinanciamento e à necessidade de melhor comunicação e divulgação dos propósitos do SUS, no sentido de valorizá-lo e de chamar a sociedade a participar deste Sistema de maneira responsável e crítica, via controle social.

Nesse meandro temos um processo complexo em que o exercício do controle social é tido como necessário para a construção do SUS, mas por sua vez, o pleno exercício deste está fundamentado na construção de políticas e medidas de comunicação que consolidem essa participação.

O Controle Social do SUS foi regulamentado com a Lei nº 8.142, de 1990, que preconiza a participação da comunidade na gestão do SUS, instituindo dois espaços de participação: os Conselhos de Saúde e as Conferências de Saúde. Os Conselhos de Saúde são órgãos colegiados, de caráter permanente e deliberativo que atuam na formulação de estratégias e no controle da execução das políticas de saúde, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros. Têm constituição paritária, sendo 50% de usuários, 25% de trabalhadores da saúde e 25% de prestadores de serviço e gestores de saúde, organizados por distritos sanitários, municípios, Estados e no âmbito nacional (Brasil, 2007; Carvalho, Petris e Turini, 2001).

Já as Conferências de Saúde são reuniões realizadas a cada quatro anos, nos âmbitos municipais, estaduais e nacional, com participação de gestores, usuários e trabalhadores da saúde, também de maneira paritária, com o objetivo de avaliar a situação da saúde e propor diretrizes para a formulação da política nos níveis correspondentes (Carvalho et al., 2001; Mercadante, 2002).

Apesar do inegável aumento na possibilidade de participação da população na gestão e controle do SUS, a partir desses dois espaços, alguns autores apontam que ainda não foi possível garantir seu funcionamento efetivo, devido, principalmente, à dificuldade dos conselheiros e da população em geral de terem acesso às informações em saúde (Carvalho et al., 2001; Goulart, 2010; Silva, Cruz e Melo, 2007).

Nesse sentido, Araújo e Cardoso (2007) afirmam que o direito à informação, à educação e à comunicação é indissociável do direito à saúde. Este direito foi afirmado na Constituição de 1988, na VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS) e vem sendo discutido nas conferências subsequentes, ganhando grande destaque na XII CNS, realizada em 2003, quando foi discutido em um eixo próprio. Foi então delimitada a necessidade do Conselho Nacional de Saúde definir estratégias para elaboração e implementação de políticas articuladas de comunicação e informação em saúde, com o intuito de dar maior visibilidade às diretrizes do SUS, à política de saúde, às ações e à utilização de recursos, visando ampliar a participação popular e o controle social. O relatório desta CNS aponta as ações de comunicação e informação em saúde como núcleo dos processos de mudanças institucionais e de efetivação dos princípios do SUS, destacando a importância de se incorporar o saber popular e a grande mídia nessas produções (Brasil, 2004, 2007).

Com isso, a participação da mídia ganha relevância, considerando a grande influência que exerce na sociedade atualmente, tal como aponta Medrado (1999), que a descreve como um lugar privilegiado de produção, divulgação e fortalecimento de sentidos e discursos, sendo uma influência importante para a manutenção ou transformação das práticas sociais.

Sobre este aspecto, alguns autores ressaltam que a mídia não tem atuado de modo a promover a compreensão do SUS, o pensamento crítico, a cidadania e o exercício do controle social, se dedicando, ao contrário, a fazer uma cobertura tendenciosa, conferindo destaque aos seus problemas e pouco espaço aos seus feitos exitosos, a partir da lógica de busca pelo “furo” jornalístico (Araújo e Cardoso, 2007; Brasil, 2006; Marques, 2009; Mendes, 1996; Xavier, 2006).

Assim, Marques (2009) considera que

banaliza-se a opinião de que os serviços públicos prestados pelo SUS são um lixo e, assim, entra ano e sai ano, nos inquéritos de opinião, a saúde sempre é indicada como o maior de todos os problemas que afligem a população (pp. 57-58).

Deste modo, ao privilegiar as notícias de crise, a mídia acaba promovendo a responsabilização do SUS pelos problemas, de maneira descontextualizada, o que influencia o descrédito do SUS junto à sociedade, não promovendo o controle social e, com isso, dificultando ainda mais a sua implantação (Mendes, 1996; Menegon, 2008).

A partir dessas considerações, entendemos que, ao se noticiar o SUS, algumas estratégias discursivas utilizadas trazem como efeito sua desqualificação que, por sua vez, tem consequências para a promoção

do controle social. Nesse sentido, realizamos um estudo com o objetivo de investigar de que modo tais efeitos foram estruturados discursivamente nas notícias de um jornal diário de grande circulação nacional. Especificamente, estudamos como foram caracterizados os gestores e os usuários do SUS e as implicações desses sentidos para a promoção do controle social. Este artigo é parte de um estudo mais amplo que abarcou a análise da construção discursiva da desqualificação do SUS, incluindo a análise da influência do estilo jornalístico na delimitação desses sentidos. Entretanto, por limites de espaço, neste artigo apresentaremos os resultados referentes à construção dos gestores e dos usuários do Sistema.

OBJETIVO

Considerando as dificuldades apontadas pela literatura referentes à divulgação do SUS para a promoção do controle social na mídia, esta pesquisa tem como objetivo investigar as estratégias discursivas utilizadas na construção da desqualificação dos gestores e dos usuários do SUS, em notícias publicadas pelo jornal Folha de São Paulo, no ano de 2008.

MÉTODO

Para a seleção das notícias a serem analisadas, primeiramente realizamos uma busca no acervo online do jornal Folha de São Paulo, por notícias que traziam a palavra “saúde”, visando abranger toda a diversidade de órgãos e serviços constituintes do SUS, publicadas no ano de 2008, quando o SUS totalizou 20 anos. A partir dessa busca, fizemos a leitura de todas as manchetes para a seleção das notícias que tratavam sobre o SUS. Assim, chegamos ao número de 667 notícias, que constituíram nosso corpus de pesquisa.

Baseando-nos na análise crítica do discurso e nas contribuições do construcionismo social (Fairclough, 1995; Gergen, 1999; Martín Rojo, 2004), a análise das notícias buscou compreender como foram caracterizados gestores e usuários do SUS no processo de desqualificar o SUS nas notícias analisadas.

Assim, não se trata de avaliar a qualidade da informação analisada a partir de sua correspondência com supostos dados objetivos sobre o Sistema, mas de entender quais estratégias discursivas são utilizadas na produção das notícias que geram determinados efeitos – neste caso, a desqualificação do SUS e sua influência na promoção do controle social. Da mesma forma, questionamos a dicotomia discurso/realidade e seus reducionismos, e estudamos os processos discursivos de construção da realidade.

Neste sentido, a análise crítica do discurso e o construcionismo social são lentes metodológicas que buscam compreender quais realidades são tornadas possíveis a partir das diferentes formas de construções discursivas e do uso dos dispositivos linguísticos disponíveis. Com isso, o analista crítico do discurso busca intervir no processo de construção da realidade, pautado na reflexividade presente no próprio estudo e na expansão da consciência crítica dos falantes sobre as implicações de determinados jeitos de falar/escrever (Gergen, 1999; Martín Rojo, 2004).

De acordo com Fairclough (1995) e Martín Rojo (2004), o discurso, na perspectiva da análise crítica do discurso, é concebido como prática, como uma atividade socialmente regulada, apresentando três dimensões: uma prática textual, que é a unidade linguística, superior à oração, construída a partir de determinadas ferramentas linguísticas, dotada de coerência e coesão; uma prática discursiva, que é a moldura fornecida pelo contexto e que confere ao discurso o seu poder gerador de outras práticas sociais, tais como julgar, informar, legitimar; e uma prática social, que diz respeito às estruturas e relações sociais mais consolidadas na cultura, que configuram o discurso, mas que são, ao mesmo tempo, configuradas por ele. Cada uma dessas facetas do discurso pode ser estudada de maneira focalizada, sem, entretanto, ser possível a existência de uma delas de forma independente das demais.

A partir disso, a análise focalizou, empiricamente, o discurso como prática textual marcada pela utilização de diferentes estratégias discursivas. Essas estratégias são caracterizadas por um plano de ação adotado pelo falante a partir de um objetivo discursivo, reunindo um conjunto amplo de recursos linguísticos (Martín Rojo, 2004). Nesse sentido, buscamos compreender a partir de quais recursos linguísticos foram construídos o gestor e o usuário do SUS, no processo de desqualificar o Sistema. Ao mesmo tempo, considerando as três dimensões do discurso já explicadas, tangenciamos as dimensões da prática discursiva e da prática social, à medida que identificamos essas construções como parte do modo jornalístico de produção (prática discursiva), bem como, analisamos as implicações dessas construções discursivas para o exercício do controle social (prática social).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A partir da análise das notícias selecionadas, identificamos que a descrição dos gestores do SUS esteve associada à construção discursiva da incompetência do governo, sendo os usuários definidos a partir da construção da indeterminação de sua inserção. Tais

construções foram realizadas por meio de diferentes estratégias discursivas e recursos linguísticos que serão apresentados a seguir.

A Incompetência do governo

O governo foi descrito como o gestor responsável pelo Sistema Único de Saúde, estando representado na figura de candidatos, prefeitos, secretários de saúde, secretarias de saúde, ministro da saúde, Ministério da Saúde, presidente do Brasil, Brasil e outras regiões. Essa responsabilização do governo pelo SUS foi estabelecida a partir da construção discursiva de sua incompetência por meio de alguns recursos linguísticos presentes em cinco estratégias discursivas. São elas: A desmoralização do governo; A valorização das alternativas; A voz dos especialistas; Personalização do governo; e O foco no tempo. Cada uma delas será apresentada a seguir.

A desmoralização do governo: o governo sob suspeita

Esta estratégia discursiva utilizada na construção da incompetência do governo se pauta na descrição deste como incoerente a partir da comparação e oposição de afirmações. Isso se dá a partir das suposições de que o governo apresenta, em diferentes momentos, dados ou ações incompatíveis, e também de que tem intenção de esconder dados que apontam para falhas do Sistema, se projetando publicamente de uma forma que não condiz com a realidade. Assim, o apelo à incoerência do governo gera a desmoralização do mesmo e, com isso, a desconfiança com relação às suas ações ou afirmações.

No trecho a seguir, encontramos, mais especificamente, a construção da incoerência e da intenção do governo de se mostrar publicamente da forma que não é:

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

Neste trecho, vemos a afirmação de que o governo “orgulhosamente” descreve o SUS como “a maior rede pública de saúde do mundo” ser contrastada com a afirmação de que o SUS “está ano a ano perdendo

participação no total de dinheiro que se aplica em saúde no país”. Com esses advérbios e adjetivos é construída a incoerência do governo e também sua intenção de se projetar internacionalmente como tendo o maior Sistema público de saúde do mundo, sem, contudo, investir nesse Sistema.

Por meio dessa estratégia discursiva, os princípios éticos do governo são questionados, colocando-o sob suspeita. Assim, a confiança no mesmo é abalada a partir da consideração de que há a intenção de esconder a verdade da população, trazendo a necessidade de que os fatos sejam esclarecidos pelo jornal.

A valorização das alternativas: o privado, o internacional, o filantrópico

Outra estratégia discursiva utilizada na construção da incompetência do governo é a desvalorização das suas ações em favor da valorização de setores privados ou internacionais ou mesmo de outros atores que poderiam fazer com eficiência o que o governo não fez. Assim, é característica dessa estratégia a comparação entre os setores privado e público ou internacional e nacional, havendo o destaque para as ações eficientes dos setores privados ou de iniciativas internacionais em detrimento do setor público.

O trecho abaixo ilustra a valorização do setor privado/filantrópico:

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

Esse trecho trata de convênios firmados entre o poder público e as entidades sociais de direito privado para administração dos serviços públicos de saúde. A partir da afirmação de que a intenção da prefeitura ao firmar os convênios com as entidades privadas é qualificar os serviços públicos, levando “a eficiência e a agilidade do setor privado ao Sistema público de saúde”, constroem-se, a priori, duas premissas: a de que o setor privado e filantrópico é certamente eficiente e a de que os serviços públicos de saúde, ao contrário, não são qualificados. Assim, estes serviços encontram nessas parcerias uma oportunidade de melhorar.

Além disso, este trecho apresenta a possibilidade de compra de equipamentos sem licitação, de contratação de funcionários sem concurso público e de

aumento de salários sem o controle público por estas instituições sem, contudo, problematizar os efeitos dessa liberdade para a administração dos serviços de saúde. Com isso, a licitação pública, o concurso público e o teto salarial são desqualificados como promotores da ineficiência dos serviços públicos de saúde, sem que seja explicitada sua importância como mecanismos de controle e fiscalização da administração dos serviços públicos.

Deste modo, é construída a noção de que fazer bem o que o governo não faz ou erra em fazer é possível e, até mesmo simples, tornando injustificável não fazê-lo ou errar em fazê-lo. Mas essa noção é construída a partir da simplificação e não problematização sobre as questões envolvidas na relação entre administração pública e privada. Assim, o texto não deixa claro o que são essas instituições privadas que atuam nos serviços públicos de saúde, como sobrevivem, o que objetivam, quanto dinheiro público gastam, por que elas podem administrar da forma que fazem e quais os riscos de se adotar esse tipo de parceria.

A utilização da voz dos especialistas: eles alertam que o governo é incompetente

No processo de construção discursiva da incompetência do governo, foi convocada a participação de outros atores para avaliar a ação do governo, apontando e criticando as falhas. Denominamos essa estratégia discursiva de “a voz dos especialistas”, pois caracteriza-se basicamente pela apresentação da opinião de algum especialista, que atesta, a partir da crítica a diferentes ações, a incompetência do governo. Esses atores são profissionais ou instituições que ganham legitimidade nos textos para avaliar e criticar o Sistema, tal como ocorre no trecho seguinte:

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

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

Tal como ocorre neste trecho, a incompetência do governo é avaliada, explicada e atestada por diferentes especialistas, legitimados na função de avaliar e criticar a situação do Sistema de saúde brasileiro e a partir disso, a ação dos gestores. Nesta estratégia discursiva, os entrevistados são revestidos de poder e autoridade sobre o assunto, afastando a possibilidade de questionamento quanto às interpretações por eles expressas. Ao serem descritos a partir de suas categorias profissionais, eles tomam para si o prestígio do conhecimento científico e das associações a que estão vinculados e suas falas deixam de ser consideradas apenas uma versão dos fatos para serem, então, consideradas a versão mais bem informada sobre a realidade de que tratam. Assim, a incompetência do governo é atestada por pessoas aptas e acima de qualquer suspeita.

A personalização do governo: interesse e vontade política

Encontramos ainda, na análise da construção discursiva da incompetência do governo, a personalização dos governantes, bem como a construção da vontade e do interesse político dos gestores como justificativa para suas ações ou mesmo alguma falha do Sistema. Essa estratégia discursiva é, então, tipicamente caracterizada pela associação da responsabilidade pública às motivações, desejos, querer e afetos pessoais daqueles que ocupam cargos públicos de governo. O trecho abaixo ilustra o uso dessa estratégia:

O presidente Luiz Inácio Lula da Silva cobrou ontem, em seu programa semanal de rádio, um maior engajamento de prefeitos no combate à dengue. (...) “Cada prefeito precisa assumir a responsabilidade de cuidar, com muito carinho, da sua rua, do seu

bairro, da sua vila e da sua cidade”, disse no “Café com o Presidente”. (...) (*Folha de São Paulo*, 15 abr. 2008, No rádio: Presidente cobra ação de prefeitos no combate à dengue).

Este trecho constrói a vontade e o interesse político do governo a partir do apelo ao “engajamento” e ao “carinho”, feito pelo presidente aos prefeitos para o combate à dengue, promovendo a noção de que o combate a dengue será feito de forma satisfatória se houver interesse, vontade e afeto dos governantes.

Essa forma de explicar a ação do governo, na medida em que vincula as ações em saúde ao interesse político e à vontade de alguns governantes, insere questões pessoais no funcionamento do SUS, ocultando todo o aparato de controle da gestão e participação existente.

Além disso, a construção da vontade política traz como consequência uma compreensão limitada das políticas e serviços de saúde como estando descoladas e independentes de outros fatores econômicos e sociais. Com isso, ocorre uma simplificação, não sendo explicadas ao leitor as razões ou o encadeamento de acontecimentos que geraram os eventos noticiados, já que essas são atribuídas à vontade ou falta de vontade do governo.

Assim, a estratégia discursiva de personalização e construção da vontade do governo promove o entendimento de que a solução e os problemas do SUS são decorrentes diretamente de seus governantes, ressaltando ainda que os feitos na saúde se tratam de políticas de governo e não de Estado. Com isso, as possibilidades de ação em prol do SUS e de participação via controle social são enfraquecidas e limitadas.

O foco no tempo: a morosidade do governo

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

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

Neste trecho, com o uso da locução adverbial “quase após” e com a afirmação de que o governo “volta ao mesmo tema” é construído o sentido de demora a partir do entendimento de que somente após quase três anos o governo cumpre o que prometeu, lançando a Política Nacional de Saúde do Homem, e de que após quase três anos, esse tema já pudesse estar obsoleto.

Assim, o destaque dado ao tempo se dá de maneira desqualificadora, ressaltando o tempo transcorrido como naturalmente um sinal de morosidade dos gestores. Isso porque o tempo demandado para as ações de saúde não é explicado e nem relacionado com o contexto político e socioeconômico mais amplo. No trecho recém-apresentado, não foi esclarecido, por exemplo, que as ações de saúde de determinado governo são previstas em um plano plurianual, com duração de quatro anos e que, de acordo com esse referencial, é plausível que se leve o tempo de até quatro anos para se cumprir o que foi previsto no plano.

A partir disso, essa estratégia discursiva promove o imediatismo, já que qualquer tempo demandado para construção e efetivação de ações em saúde é tomado como morosidade dos governantes, o que os caracteriza como incompetentes.

Associado à construção discursiva da incompetência do governo, tal como já dissemos, encontramos também, em nossa análise, a construção discursiva da indeterminação da inserção do usuário no Sistema, tópico que será apresentado a seguir.

A indeterminação da inserção do usuário

Na construção da desqualificação do SUS nas notícias analisadas, encontramos uma tensão no tocante a como o usuário do SUS se relaciona com o Sistema, sendo determinados alguns tipos de participação, em alguns momentos e, em outros, não ficando claro o que o usuário do Sistema recebe dele e nem mesmo o que esse usuário pode fazer pelo Sistema. Assim, consideramos que ocorre a construção discursiva da indeterminação da inserção do usuário. Pudemos delimitar três estratégias discursivas utilizadas na descrição da inserção do usuário no Sistema, na forma como noticiada pelo jornal, que chamamos de: Despolitização, Politização limitada e Judicialização. A seguir, então, trataremos de cada uma delas, separadamente.

A despolitização do usuário

Nos textos analisados, encontramos uma forma de descrever a inserção do usuário no Sistema caracterizada pela despolitização, na qual o usuário não é dimensionado no controle social, sendo delimitado como um sujeito que apenas usa os serviços do SUS,

de maneira descomprometida com o Sistema, ou como um sujeito a quem cabe apenas a participação nos cuidados de sua própria saúde.

Assim, essa estratégia tem como o foco o relacionamento do usuário com o SUS a partir do uso dos serviços, havendo a ênfase nas necessidades médicas dos usuários. Ocorre ainda, nessa estratégia discursiva, uma distinção dos usuários relacionada ao tipo de serviço que utilizam, de modo que encontramos a consideração de completa dependência de determinada parcela da população pelos serviços de assistência à saúde oferecidos pelo SUS, pois é considerado que ela tem no SUS sua única fonte de cuidado a saúde. Por outro lado, existe outra parcela da população que é usuária dos planos de saúde, mas faz uso de alguns serviços do SUS para complementar o que não é oferecido pelo plano de saúde privado, como se, para essas pessoas, o SUS é que fosse suplementar aos planos de saúde privados.

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

(...) O Brasil oferece uma saúde pobre para os pobres. Em vez de políticas estruturantes que garantam a cidadania, são ofertados paliativos para calar os mais humildes. A classe média é forçada a se escorar na saúde suplementar, custeada com muito sacrifício, enquanto aos mais pobres se oferece uma saúde nos moldes do Bolsa Família, assistencialista, paliativa, para calar as consciências de pessoas que se contentam com muito pouco, não são cidadãos. A saúde não é prioridade política. (...) Enquanto isso, a saúde de 140 milhões de brasileiros – que dependem do SUS – fica para depois. (...). (*Folha de São Paulo*, 03 jun. 2008, Rafael Guerra: SOS saúde).

Este trecho nos apresenta uma caracterização de quem são as pessoas que utilizam plano de saúde e quem são os usuários do SUS. Nessa notícia é afirmado que o SUS é destinado aos “pobres” e “mais humildes”, enquanto que a classe média é a parcela da população que utiliza planos de saúde.

A diferenciação entre usuários, presente neste trecho de notícia, se baseia na utilização de serviços de assistência à saúde exclusivamente do SUS ou na utilização destes serviços de assistência oferecidos pelos planos de saúde privados. Essa noção, portanto, desconsidera os serviços de prevenção e promoção

à saúde prestados pelo SUS e gera o apagamento da noção de usuário universal, pela qual, todos somos usuários do Sistema, utilizando-nos ou não dos serviços de assistência à saúde.

Além disso, a partir dessa diferenciação entre usuários, ocorre a distinção da forma de participação a partir da classe social a qual as pessoas pertencem. Tal como pudemos perceber no trecho apresentado é dito que os usuários do SUS, sendo “pobres”, são “pessoas que se contentam com muito pouco, não são cidadãos”, construindo a noção de que esses usuários, além de dependentes, são completamente passivos com relação ao Sistema, não sendo capazes de exercer a cidadania.

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

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

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

Assim, a participação nos cuidados a saúde é um tipo de participação despolitizada porque é limitada ao cuidado de si mesmo, não se voltando para o bem coletivo e/ou para questões relacionadas ao Sistema como um todo. É interessante ainda observar que

essa despolitização está associada a uma crítica à forma das pessoas se cuidarem, que não realizam os cuidados recomendados pelas autoridades, não sendo competentes para administrar a própria saúde. Nesse sentido, para além da falta de incentivo à participação politizada, essa estratégia discursiva sugere uma necessidade de controle da população, de modo a habilitá-la a cuidar de sua própria saúde.

A partir dessa estratégia de despolitização do usuário, a forma de inserção do usuário no SUS fica restrita à utilização dos serviços, numa via de mão única, pois as pessoas usam os serviços e nada podem fazer pelo Sistema, a não ser participarem como colaboradores no cuidado de si. Havendo essa limitação, consideramos que ocorre o silenciamento de outras formas de participação, tal como o controle social como ferramenta de atuação política em favor do SUS. Neste sentido, o usuário é colocado numa posição passiva e descompromissada, como um sujeito que necessita de cuidados de saúde, é atendido, colabora com esse cuidado, visando seu próprio bem estar e, com isso, é finalizada a relação. Assim, não há vínculo do usuário com o Sistema e nem inclusão deste como parte importante para implementação do SUS, numa ação coletiva e política.

A participação politizada, mas limitada

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

A participação dos usuários como eleitores ou via consulta pública foi encontrada ao serem noticiadas ações pontuais de avaliação dos serviços, com a possibilidade de proposição de algumas medidas no caso da consulta pública. Deste modo, a avaliação visa à aprovação ou não da gestão deste ou daquele ator político, com foco nas eleições ou, no caso da consulta pública, na avaliação de propostas regulatórias. No trecho abaixo, podemos conferir a participação dos usuários como eleitores:

A saúde continua sendo considerada o principal problema do país e como área de pior desempenho do governo do presidente Luiz Inácio Lula da

Silva. Um quarto (25%) dos brasileiros afirmam espontaneamente que esse é o principal problema nacional, revela pesquisa Datafolha realizada entre os dias 25 e 28 de novembro. (...) (*Folha de São Paulo*, 05 dez. 2008, Saúde é o principal problema do país para 25% da população).

Esta notícia relata a má avaliação do SUS feita por “25% dos brasileiros”, mostrando uma avaliação genérica e generalizada de todos os serviços do Sistema, via atribuição de nota ao governo. Assim, a participação popular como eleitores ou como “consultores” é considerada com a função de avaliar a atuação ou as proposições dos governantes, sendo o foco nas eleições pautado na manutenção ou não do governante no poder. Nesse sentido, ambos os espaços de participação são consentidos, já que são abertos pelo governo para participação do usuário, que é colocado numa posição passiva, de quem está à espera de espaços ou oportunidades para participação. São, também, avaliações pontuais, pois se focam em âmbitos que estão abertos à discussão no momento, não podendo ser estendidas a outras questões ou problemas identificados pelos usuários. Além disso, no trecho apresentado, novamente é forte a noção de que o cuidado à saúde diz respeito a uma política de governo e não de Estado, pois ao se avaliar a saúde, não se avalia a política de saúde, mas sim o desempenho do atual governo federal.

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

A participação via protestos ou Conselhos de Saúde, por sua vez, sinaliza para uma participação mais organizada, ativa e contínua, pois está ligada à exigência de direitos a partir de ações coletivas e voltadas a um bem coletivo. Entretanto, a participação do usuário via protestos foi encontrada circunscrita a protestos de índios contra a Funasa e a participação via Conselhos de Saúde foi uma temática pouco explorada, sendo limitada a alguns temas que estavam em voga, tal como podemos ver a seguir:

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

Podemos ver, neste trecho, a vinculação da atuação dos conselhos de saúde a um tema que estava em voga, a Emenda Constitucional nº 29, que estava em votação no Congresso no período em que a notícia foi publicada. Afirma-se, ainda, que com relação à especificação dos gastos em saúde existe “apenas” uma resolução do Conselho Nacional de Saúde “insuficiente para impor regras e punir infratores”. Com isso, consideramos que ocorre a pouca exploração da temática, havendo a desvalorização de sua resolução, pois é construída a expectativa de que a resolução seria suficiente se tivesse efeito de lei, ou seja, sendo suficiente para impor regras e punir infratores, o que sinaliza para uma compreensão equivocada das funções e possibilidade de ação dos Conselhos. Além disso, não são esclarecidas as funções do conselho de saúde nem mesmo que pessoas podem participar dele.

Assim, a estratégia discursiva de participação politizada, mas limitada, do usuário, também promove o apagamento da possibilidade de participação via controle social, na medida em que ele não é divulgado como diretriz do SUS e nem são explicadas adequadamente suas funções e sua importância para acompanhamento, controle e gestão do SUS de maneira contínua.

A judicialização da participação do usuário

A terceira estratégia discursiva que caracteriza a inserção do usuário no SUS, encontrada nos textos, caracteriza-se pela ação judicial. Essa estratégia confirma, por um lado, a responsabilidade que o governo tem pelo Sistema, quando é acionado na justiça para cumprir suas responsabilidades; mas caracteriza, por outro lado, uma forma de participação para exigência de direitos e que não fica atrelada a determinados períodos, como as eleições, enfatizando a possibilidade do usuário de exigir seus direitos a qualquer tempo:

A Prefeitura de Angra dos Reis foi condenada a pagar uma indenização ao filho e aos pais de Aline Tosta da Silva, vítima da epidemia de dengue na cidade fluminense em 2002. O município recorreu. A 15ª Câmara Cível condenou o município a pagar R\$ 150 mil à família por danos morais e uma pensão mensal de R\$ 340 ao filho da vítima, Carlos Eduardo Silva Santoro, 6, até ele completar 25 anos. (...) (*Folha de São Paulo*, 12 abr. 2008, Filho de vítima da dengue ganha indenização).

Este trecho apresenta a possibilidade de participação do usuário de modo a exigir seus direitos, não sendo colocado como um sujeito passivo. Entretanto, essa participação, mesmo que possa gerar futuramente a garantia de um direito coletivo a partir da visibilidade dada a determinados direitos individuais, não tem

uma motivação política direta, já que se foca na busca pelos direitos individuais dos impetrantes que conquistam melhorias que não se estendem, de imediato, a todos os usuários. Assim, apesar desta estratégia discursiva promover o empoderamento do usuário, ele ainda é constituído como um indivíduo isolado, que busca a melhoria dos serviços de saúde que ele recebe, não se vinculando com o desenvolvimento do SUS de maneira politizada e visando o bem coletivo.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir da análise realizada, podemos considerar que essas construções da incompetência do governo e indeterminação da participação do usuário, inseridas na produção da desqualificação ao SUS, não promovem o conhecimento do funcionamento do Sistema de maneira crítica e contextualizada, considerando a legislação que o rege, as diferentes fontes de financiamento e gestão, suas diretrizes e outros fatores socioculturais que afetam profissionais de saúde, usuários, organizações sociais e privadas. Não são oferecidas também informações que habilitem o leitor a considerar-se parte importante do processo de planejamento, gestão, fiscalização e funcionamento do SUS, já que a responsabilidade é totalmente depositada nos gestores, promovendo a verticalização da gestão.

Nesse sentido, a partir das estratégias discursivas delimitadas, entendemos como o efeito de desvalorização do SUS foi produzido, interligado à desvalorização da participação popular via controle social. Isso porque as caracterizações dos gestores e usuários encontradas, inseridas na desqualificação do SUS, promovem a desvalorização do controle social, o que pode ter como função conferir mais gravidade ao que é noticiado, seguindo a lógica da busca pelo “furo” jornalístico e pela pauta “quente”, tal como afirmam Araújo e Cardoso (2007), Marques (2009), Mendes (1996), Menegon (2008), e Xavier (2006).

Tal hipótese se torna relevante porque na busca pelo “furo” jornalístico valoriza-se notícias de crise e acontecimentos graves, que não combinam com a contextualização e com a atribuição de responsabilidade a gestores e usuários. Uma abordagem crítica e pautada na promoção do controle social implicaria na complexificação da notícia, dando voz a diversas versões e explicações para os fatos noticiados. Ou seja, sem a responsabilização dos gestores e desempoderamento do usuário, a desqualificação do SUS no jornal perderia seu impacto e deixaria de ser um acontecimento grave.

Além disso, consideramos que na medida em que os sentidos de incompetência dos gestores e de

indeterminação da inserção do usuário compõem a desqualificação do SUS, as possibilidades de ação para reverter as situações problemáticas do Sistema acabam sendo limitadas, contribuindo para a saturação das possibilidades de efetivação da política idealizada no movimento constituinte e da Reforma Sanitária brasileira.

Por meio da análise das diferentes estratégias discursivas utilizadas pelo jornal, podemos observar como o processo de crítica ao Sistema, que poderia potencialmente promover seu desenvolvimento integral, motivando políticas de saúde e serviços de qualidade, se transforma apenas em desqualificação do SUS, constituindo mais um desafio para sua consolidação.

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

REFERÊNCIAS

- Araújo, I.S. & Cardoso, J.M. (2007). *Comunicação e saúde*. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Bahia, L. (2009). A questão democrática na área da saúde no Brasil do século 21. *Saúde em Debate*, 33(81), 165-168.
- Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde (2004). Relatório final da XII Conferência Nacional de Saúde: Conferência Sergio Arouca. Brasília: Editora do Ministério da Saúde.
- Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. (2006). *Relatório do seminário nacional de comunicação, informação e informática em saúde para o exercício do controle social*. Brasília: Editora do Ministério da Saúde.
- Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. (2007). *Coletânea de comunicação e informação em saúde para o exercício de controle social*. Recuperado de <http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/07_0013_M.pdf>.
- Carvalho, B.G., Petris, A.J. & Turini, B. (2001). Controle social em saúde. In S.M. Andrade, D.A. Soares & L. Cordoni Jr. (Orgs.). *Bases da Saúde Coletiva* (pp. 93-109). Londrina: EDUEL, Rio de Janeiro: ABRASCO.
- Fairclough, N. (1995). *Critical Discourse Analysis: the critical study of language*. New York: Longman.
- Gergen, K.J. (1999). *An invitation to social construction*. Londres: Sage.
- Goulart, F. (2010). Dilemas da participação social em saúde no Brasil. *Saúde em Debate*, 34(84), 18-32.
- Marques, M.B. (2009). Breve crônica sobre o Sistema Único de Saúde 20 anos depois de sua implantação. *Saúde em Debate*, 33(81), 56-63.
- Martín Rojo, L. (2004). A fronteira interior – análise crítica do discurso: um exemplo sobre “racismo”. In L. Iñiguez (Coord.). *Manual de análise do discurso em ciências sociais* (pp. 206-257). Petrópolis: Vozes.
- Medrado, B. (1999). Textos em cena: a mídia como prática discursiva. In M.J. Spink (Org.). *Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano* (pp. 243-271). São Paulo: Cortez.
- Mendes, E.V. (1996). *Uma agenda para a saúde*. São Paulo: Hucitec.
- Menegon, V.S.M. (2008). Crise dos serviços de saúde no cotidiano da mídia impressa. *Psicologia e Sociedade*, 20 (Edição Especial), 32-40.
- Mercadante, O. A. (2002). Evolução das políticas e do sistema de saúde no Brasil. In J. Finkelman (Org.). *Caminhos da saúde pública no Brasil* (pp. 235-313). Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Paim, J.S. (2009). Uma análise sobre o processo da Reforma Sanitária brasileira. *Saúde em Debate*, 33(81), 27-37.
- Santos, N.R. (2009). A Reforma Sanitária e o Sistema Único de Saúde: tendências e desafios após 20 anos. *Saúde em Debate*, 33(81), 13-26.
- Silva, A.X., Cruz, E.A. & Melo, V. (2007). A importância estratégica da informação em saúde para o exercício do controle social. *Ciência & Saúde Coletiva*, 12(3), 683-688.
- Silva, S.F. (2009). Sistema Único de Saúde 20 anos: avanços e dilemas de um processo em construção. *Saúde em Debate*, 33(81), 38-46.
- Xavier, C. (2006). Mídia e saúde, saúde na mídia. In A. Santos (Org.). *Caderno mídia e saúde pública* (pp. 43-55). Belo Horizonte: Escola de Saúde Pública/FUNED.

Recebido em: 13.02.2012. Aceito em: 19.06.2012.

Autores:

Gabriela Martins Silva – Mestre em Psicologia pela Universidade Federal de Uberlândia.

Emerson Fernando Rasera – Doutor em Psicologia; Professor do Instituto de Psicologia da Universidade Federal de Uberlândia.

Enviar correspondência para:

Gabriela Martins Silva
Rua Antônio Corrêa Júnior, 35 – Bairro Vigilato Pereira
CEP 38408-442, Uberlândia, MG, Brasil
E-mail: gabrielampsico@gmail.com