A Saúde do Jornal Nacional

Eduardo Caron

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública.

Área de Concentração: Práticas em Saúde Pública

Orientador: Prof. Dr. Fernando Lefèvre

São Paulo
2014

É expressamente proibida a comercialização deste documento tanto na sua forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano da dissertação.

Agradecimentos
Agradeço à minha mãe Maria Mifune
à meu pai Jorge Caron
E a todos os antepassados.

RESUMO

Esse trabalho investiga as matérias jornalísticas do Jornal Nacional, o qual está entre as maiores audiências da TV brasileira há quase meio século, enquanto fonte de representações sociais de saúde e doença, e em particular da saúde pública e do SUS, no Brasil em 2012. Contextualizamos os dados desse estudo na interseção de três campos de problematização:

- a) De um lado o campo da Saúde Coletiva como referencial que sustenta a construção do SUS enquanto projeto civilizatório nacional. Discute-se a segmentação do sistema sob o impacto do crescimento da saúde como área de negócios, tanto no subsistema privado quanto no provimento público. Como parte da contextualização destas contradições que envolvem o SUS discute-se aspectos históricos da modernidade brasileira da qual o SUS é expoente.
- b) Um segundo campo trata as questões sobre saúde e saúde pública no contexto dos deslocamentos nas relações sociais e do impacto sobre as instituições entre elas o Estado, correspondente à crise da modernidade que encerra o século XX. Discute-se a expansão dos processos de reificação, a incorporação no cotidiano de tecnologia e conhecimento científico e a geração incessante de necessidades de consumo.
- c) O terceiro campo é o da saúde no contexto da hipertrofia das telecomunicações que atravessa todos âmbitos da vida social, fazendo da TV a maior referência cultural do país. Neste contexto tratamos as questões relativas à Saúde Coletiva e à sociedade de consumo tal como se apresentaram no Jornal Nacional em 2012.

Foram coletadas 246 matérias jornalísticas sobre SAÚDE transmitidas em doze meses de 2012 submetidas à análise do discurso verbal e das imagens apresentadas.

Numa primeira aproximação analisamos a amostra nos seguintes temas em ordem decrescente de frequência: Assistência Hospitalar, Ciência & Tecnologia, Hábitos e Comportamento, Mercado, Epidemiologia, Notícias Internacionais, Corporação Médica, Matérias Policiais e Questões Sociais.

Dedicou-se especial atenção à Saúde Pública, que está presente em todas as categorias temáticas e metade da amostra, e às matérias sobre Assistência Hospitalar, Ciência & Tecnologia e Mercado, que reúnem 60% da amostra.

ABSTRACT

This work investigates TV news of the Jornal Nacional, which is among the major Brazilian TV show audiences for half a century, as source of health and disease social representations, more specifically about public health and the SUS, in Brazil during 2012. We contextualize this work's data in the intersection of three fields of questioning:

- a) In one hand the field of Collective Health as a theoretical reference that sustains the SUS's construction as national civilizing project. We discuss the health system segmentation under the impact of growing business field in health, even in the private subsystem as in the public provision. As part of the contextualization of these contradictions that involve the SUS we discuss historical aspects of Brazilian modernity of what the SUS is representative.
- b) A second field deals with questions about health and public health in the context of social relation's displacements, and the impact over the institutions among them the State, proper of what got used to call post-modernity. We discuss the expansion of reification process, the scientific knowledge and technological incorporation in daily life, and the unending generation of consuming needs.
- c) The third field is the health in the context of the hypertrophy of telecommunications that cross every spheres of social life, where the TV is the major cultural reference in the country. In this context we consider the questions about Collective Health and consumer society as they were presented in the Jornal Nacional in 2012.

246 TV news about HEALTH broadcasted during twelve months in 2012 were collected and their verbal speech and images were submitted to analysis.

In first approach we have analyzed the sample in the following thematic categories ordered by decreasing frequency: Hospital Assistance, Science & Technology, Habits and Behavior, Market, Police News and Social Issues.

We dedicate special attention to Public Health, which is present in every thematic category and in half of the sample, and to Hospital Assistance, Science & Technology and Market, which sum up 60% of the sample.

ÍNDICE

I	INTRODUÇÃO	14
	I.1 SAÚDE, TEXTO E CONTEXTO	14
	I.2 UMA PRODUÇÃO DE SENTIDO	15
II	METODOLOGIA E PROCEDIMENTOS	16
	II.1 PROCEDIMENTOS	16
III	CONTEXTOS	28
	III.1 SAÚDE E COMUNICAÇÃO DE MASSA	28
	III.2 SUS 25 ANOS	34
	III.2.1 Segmentação do Sistema de Saúde	35
	III.2.2 Aspectos Históricos do Sistema Privado	37
	III.2.3 Composição Público – Privado	40
	III.2.4 Iniquidades de Acesso e Consumo	53
	III.2.5 Subfinanciamento, Focalização e Precarização	56
	III.2.6 Mercado Desregulado, Privatização do Público e o Estado Anti-Sus	61
	III.3 CONSTRUÇÃO CIDADÃ E SISTEMA NACIONAL DE SAÚDE	66
	III.4 MATRIZ DO DIREITO A SAÚDE	72
	III.5 CRISE DA MODERNIDADE E SOCIEDADE DE CONSUMO	74
	III.5.1 Sociedade Individualizada	75
	III.5.2 Modernização Reflexiva, Sistemas Peritos e Reificação da Saúde	77
	III.5.3 Sociedade de Risco, Busca de Controles e Alienação	79
	III.5.4 Deslocamento do Trabalho pelo Consumo	82
IV	O CORPUS MIDIÁTICO - PRIMEIRA APROXIMAÇÃO	86
	IV.1 AS CATEGORIAS TEMÁTICAS	88
	IV.2 A SAÚDE PÚBLICA	96
	IV.3 AS MATÉRIAS DE ABERTURA	98
V	SAÚDE PÚBLICA – SEGUNDA APROXIMAÇÃO	101
	V.1 REPRESENTAÇÕES DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE	103

V.2 O LADO POSITIVO DO SISTEMA PÚBLICO DE SAÚDE	116
V.3 MATÉRIAS SOBRE SAÚDE PÚBLICA QUE OMITEM O SUS	119
V.3.1 Mercado de Planos de Saúde	120
V.3.2 Mercado de Produtos de Saúde	121
V.3.3 Hospitais Públicos	124
V.4 A ATENÇÃO BÁSICA	132
V.4.1 Imunização como Ícone Positivo da Atenção Básica	133
V.4.2 Ocultamento do SUS e da Atenção Básica	136
V.4.3 A Atenção Básica como Assunto Secundário	140
V.4.4 Referências Negativas à Atenção Básica	142
V.5 O SUS GRATUITO	149
V.5.1 Vacinas de Graça: Propaganda do Procedimento	150
V.5.2 Direito do Consumidor: Caso das Próteses Mamárias	150
V.5.3 Geração de Demandas e Movimentação do Mercado	152
V.5.4 O Alto Custo para o SUS	154
V.5.5 Direito do Contribuinte	156
V.5.6 Prejuízo do Contribuinte	157
V.5.7 Noção de Benefício ou Dádiva	159
VI ASSISTÊNCIA HOSPITALAR	162
VI.1 O HOSPITAL	163
VI.2 O HOSPITAL PÚBLICO	166
VII AS INSTITUIÇÕES CENTRAIS	177
VII.1 AS CORPORAÇÕES MÉDICAS	177
VII.2 O MINISTÉRIO DA SAÚDE	180
VIII CIÊNCIA E TECNOLOGIA	189
VIII.1 A DOENÇA	190
VIII.2 TEMAS NÃO FOCADOS EM DOENÇAS	195
VIII.3 DESCOBERTAS E O PODER DA CIÊNCIA	198
VIII.4 NECESSIDADES EM SAÚDE	203
VIII.5 ABORDAGENS DO CORPO	207
VIII.6 INDÚSTRIA E MERCADO	210
VIII.7 INSTITUIÇÕES CIENTÍFICAS	213

IX	CONSUMIDOR E MERCADO DE PRODUTOS E SERVIÇOS DE SAÚDE	216
	IX.1 GASTO PRIVADO E FINANCIAMENTO ESTATAL	220
	IX.2 A EXPANSÃO DO MERCADO DE PLANOS PRIVADOS	223
	IX.3 O MERCADO DE PRODUTOS DE SAÚDE	232
	IX.4 REGULAÇÃO DAS RELAÇÕES NO MERCADO	232
	IX.5 ACESSO AOS PRODUTOS FARMACÊUTICOS	236
X	CONSIDERAÇÕES FINAIS	244
XI	REFERÊNCIAS	251
	ANEXOS	257
	CURRICULO LATTES	

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Indicadores de Recursos no país em 2009: número de estabelecimentos com e sem internação, leitos, internações, equipamentos de UTI e de diagnóstico por imagem. Segundo o prestador: público, privado e privado disponível para o SUS.....	42
Tabela 2	Oferta de leitos públicos, privados e privados disponíveis para o SUS por região do país em 2012.....	45
Tabela 3	Proporção por leito existente da oferta de leitos públicos, privados e do total de leitos SUS. Oferta de leitos privados disponíveis para o SUS por leitos privados e pelo total de leitos SUS. Em cada região do país em 2012.....	46
Tabela 4	Cobertura dos Planos de Saúde em 2008 (mil hab.).....	49
Tabela 5	Proporção do Gasto Tributário Plano de Saúde / Faturamento do mercado – 2003-2011.....	50
Tabela 6	Participação Percentual Gasto Tributário Saúde e Gasto Tributário Plano de Saúde – 2003-2011.....	51
Tabela 7	Gasto Tributário Plano de Saúde IRPF 2003-2011.....	51
Tabela 8	Taxa e crescimento real: Gasto Federal Saúde e Gasto Tributário Plano de Saúde – 2003-2011.....	52
Tabela 9	Cobertura de Planos de Saúde por Região e Estados em 2008 (mil hab.).....	56
Tabela 10	Gasto Público e Privado com Consumo de Bens e Serviços de Saúde entre 2000 e 2009 (% do PIB).....	57
Tabela 11	Gastos Totais e Gastos Públicos com Saúde por países em 2008....	58
Tabela 12	Número de edições, de inserções e a duração por mês.....	86
Tabela 13	Número de inserções por mês e por categoria. Somatória das inserções por categoria. Peso da categoria na amostra.....	86
Tabela 14	Peso das categorias por número de inserções e por duração.....	87
Tabela 15	Categoria Hospital: Número de inserções por subclasse e por mês.	89
Tabela 16	Distribuição das matérias que reportam Saúde Pública e número de inserções por categoria temática.....	96

Tabela 17	Distribuição das matérias que fazem Referência Explícita ao Sistema Público e número de inserções por categoria temática.....	98
Tabela 18	Nomes por Tipo de Referência ao Sistema e Serviços de Saúde Pública e Número de inserções por Nome.....	105
Tabela 19	Tipos de Referência explícita pelos Temas e Assuntos das matérias.....	106
Tabela 20	Número de inserções por Temas das Matérias e por Eixos Temáticos das 79 inserções que fazem referência explícita ao Sistema e Serviços de Saúde Pública.....	110
Tabela 21	Número de inserções por categoria temática das matérias que reportam a Saúde Pública sem fazer menção ao Sistema Público de Saúde.....	120
Tabela 22	Tipos de referência, instituições citadas, ou omitidas, e assuntos das matérias que não fazem menção ao Sistema Público de Saúde.	123
Tabela 23	Matérias sobre Hospital Público classificadas por Assuntos e Número de inserções por Grupos Temáticos.....	168
Tabela 24	Matérias que fazem referência explícita ao Sistema Público classificadas pelos Nomes das Instituições, Esferas de Poder, Tipo e Número de inserções.....	189
Tabela 25	Classificação das matérias sobre Ciência e Tecnologia em 2012 por tipos doença reportada, assunto, data de veiculação e país de origem da pesquisa.....	194
Tabela 26	Classificação das matérias sobre Ciência e Tecnologia com temas não focados em doenças pelas semelhanças de assunto, data de veiculação e país de origem da pesquisa.....	195
Tabela 27	Matérias sobre assistência hospitalar tabuladas por tipo de produto, assunto e data de veiculação.....	218
Tabela 28	Matérias sobre Ciência & Tecnologia tabuladas por tipo de produto, assunto e data de veiculação.....	219
Tabela 29	Matérias sobre Mercado agrupadas por órgãos governamentais, produto, número de inserções e data de veiculação.....	220

LISTA DE FIGURAS

Figura 1	Crescimento real Gasto Tributário Plano de Saúde 2003-2011.....	52
Figura 2	Distribuição da amostra por categoria temática.....	87
Figura 3	Distribuição dos temas sobre Comportamento.....	90
Figura 4	Proporção entre o Número de inserções da Amostra Total, das matérias sobre Saúde Pública, matérias que mencionam o Sistema Público as que o omitem.....	97
Figura 5	Distribuição dos Tipos de Referência nas 79 inserções que fazem referencia explícita ao Sistema e Serviços de saúde Pública.....	104
Figura 6	Distribuição das 47 matérias de Interseção entre Hospital e o Sistema Público de Saúde classificadas por Negativas, Positivas que mencionam o SUS e Positivas que omitem.....	108
Figura 7	Distribuição dos temas em matérias da Corporação Médica.....	178
Figura 8	Distribuição Temática das matérias com presença do Ministério da Saúde.....	181
Figura 9	Distribuição dos temas em matérias sobre Ciência &Tecnologia..	193
Figura 10	Classificação das matérias sobre Ciência e Tecnologia por tipo de produto consumível.....	211
Figura 11	Distribuição das matérias sobre Mercado por tipo de mercadoria e Pesquisa de mercado.....	217
Figura 12	Manifestações de junho de 2013.....	250
Figura 13	Manifestações de junho de 2013.....	250
Figura 14	Manifestações de junho de 2013.....	250

I INTRODUÇÃO

I.1 SAÚDE, TEXTO E CONTEXTO

Escolhemos recortar um campo específico: as representações de Saúde presente na comunicação de massa consumida pela maior audiência de TV do país. Aqui está em questão que Saúde é essa representada na TV. Quais as principais representações da Saúde presentes neste espaço de interseção entre a mídia televisiva e a audiência de massa? E, neste meio, como são construídas, com quais formas e sentidos?

Essa investigação aborda representações de saúde construídas no âmbito da comunicação de massa, no contexto social global da segunda década do terceiro milênio, ao completar um quarto de século de implantação no Brasil de um sistema público universal de saúde, e de grande expansão do mercado de produtos e serviços de saúde. Observamos representações gestadas no contexto da globalização de uma sociedade que vivencia a crise da modernidade, ou da pós-modernidade, com todas as implicações disto na conformação dos Estados-nação, na transformação dos vínculos sociais, na hipertrofia da comunicação, do mercado e das mercadorias na construção de identidades, desejos, modos de vida e na produção de saúde e doença. Assim, também olhamos para uma combinação singular que envolve transformações sociais na história recente do Brasil, na qual o SUS está extensamente implicado seja pela mudança radical que seu advento traz para na construção da cidadania, expandindo o acesso e criando uma nova história da saúde pública, seja por ser um sistema público de saúde subfinanciado que, embora seja para a enorme maioria da população a única possibilidade de acessar produtos e serviços de saúde, dispõe de um orçamento menor que o montante do gasto privado no mercado.

O presente trabalho buscará analisar um *texto*, as mensagens sobre saúde e doença no Jornal Nacional da Rede Globo de Televisão, num *contexto* do qual o Sistema Único de Saúde, mais particularmente o enfoque das relações público-privado, é determinante.

Tomando o discurso sobre saúde do Jornal Nacional como núcleo analítico, será enfocado aqui o contexto extra-discursivo da saúde, vista de um ângulo socioeconômico e institucional, e seu contexto dado pelo enquadramento televisivo do Jornal Nacional, no qual o texto ou conteúdo está circunscrito.

I.2 UMA PRODUÇÃO DE SENTIDO

A saúde e a doença como eventos humanos são produções de sentido, são objetos de investimento simbólico. Tal investimento impõe significados que produzem e repetem um determinado status convencional.

Considerando a nossa atualidade no registro do período sócio histórico da segunda modernidade ou modernidade pós industrial e tendo como referência o SUS no contexto de uma história de construção de cidadania, enfocaremos a *Saúde do Jornal Nacional*, no quadro da relações de hegemonia e contra-hegemonia no que toca a produção de sentido da saúde entre nós brasileiros.

Toda e qualquer formação social é também uma sistema de representações coletivas e sociais, e desta perspectiva adotamos o Jornal Nacional enquanto fonte que alimenta as representações sociais na sociedade brasileira sobre o tema da Saúde e da Doença. Nisto reside a importância de toma-lo como objeto de estudo.

II METODOLOGIA E PROCEDIMENTOS

Trata-se de um registro descritivo do conteúdo do tema da saúde-doença presente nas emissões do Jornal Nacional do ano de 2012 acompanhada sempre de análises de seus significados no quadro dos contextos acima mencionados.

Fazemos uma clara distinção entre os sujeitos epistêmicos: de um lado a fala do Jornal Nacional descritivamente reconstituída e de outro a presença do pesquisador propondo classificações e vínculos extra-discursivos. Não se trata pois de uma análise “interna” de discurso na qual, com base em algum referencial linguístico ou semiótico, se busque revelar articulações textuais não explicitadas.

Assim sendo os procedimentos adotados para a constituição do presente *corpus* foram os seguintes:

II.1 PROCEDIMENTOS

1. Delimitação da amostra:

A amostra foi constituída por 246 inserções transmitidas pelo Jornal Nacional no período de 1 de Janeiro de 2012 a 31 de dezembro de 2012. Essas inserções foram acessadas no portal GLOBO.TV no endereço <http://globotv.globo.com/rede-globo/jornal-nacional/> em Janeiro de 2013.

Através da palavra-chave SAÚDE, o sistema de busca do portal seleciona e disponibiliza online as matérias em ordem cronológica, de modo que é possível navegar para frente e para trás através das datas. Observou-se que há uma

estabilidade das matérias disponibilizadas durante a coleta, isto é, a cada acesso sempre aparecem as mesmas matérias e na mesma ordem.

2. Definição de Inserção:

Uma inserção é um vídeo que contém uma matéria jornalística. Na amostra do trabalho a duração da inserção variou de 14 segundos, a menor da amostra, a 6 minutos e 36 segundos, a maior. Nas inserções de menor duração, até 30 segundos, apenas o apresentador profere o texto. As inserções de maior duração são reportagens onde diferentes atores falam (apresentador, repórter, depoentes). Além das falas, o discurso verbal inclui letreiros.

3. Download da amostra:

Para fazer o download dos vídeos foi utilizado aplicativo DownloadHelper disponibilizado pelo navegador Firefox. Esse aplicativo permite baixar vídeos criptografados.

4. Transcrição:

Os vídeos foram acessados e baixados em ordem cronológica. Além da transcrição das falas e letreiros, as imagens correspondentes ao discurso verbal também foram anotadas. Cada vídeo ou inserção foi identificada pela manchete que a intitula no site.

5. Classificação por mês:

As inserções foram agrupadas por mês obtendo-se 12 listas. Cada lista contém as inserções por mês, ordenadas por data, com sua respectiva duração e manchete. Essas listas foram consolidadas num quadro de distribuição das inserções ao longo do ano. Dados do número de edições que exibiram matérias sobre saúde e do número de inserções foram tabulados por mês ao longo do ano.

6. Classificação por categoria temática:

Análise de semelhanças temáticas entre as matérias pelas características centrais. A incidência repetida de determinada característica comum às inserções foi a primeira aproximação classificatória. Assim foram se diferenciando um primeiro momento as matérias com foco em questões de assistência hospitalar, tema de maior incidência, daquelas com foco em pesquisas científicas laboratoriais, o segundo tema mais frequente. E assim sucessivamente as categorias foram sendo agrupadas segundo os seguintes focos temáticos:

- a) Tipo de reportagem (ciência & tecnologia, policial, questões sociais, hábitos e comportamento, noticiário internacional)
- b) Objeto central reportado (hospital, mercado, epidemiologia, corporação médica e orçamento do SUS).

Foram estabelecidas 10 categorias temáticas, cujos critérios são detalhados a seguir no capítulo IV PRIMEIRA APROXIMAÇÃO, cada qual contendo as matérias correspondentes identificadas por data de veiculação, a duração da inserção e sua manchete. Foram consolidados os dados do número de inserções e da somatória da duração por categoria. As intersecções entre as matérias agrupadas em categorias

distintas, por exemplo, uma matéria sobre ciência & tecnologia que faz referência a assistência hospitalar, ou uma matéria sobre a corporação médica que faz referência à questões epidemiológicas, ou uma matéria policial que faz referência à corporação médica, enfim as intersecções foram apontadas, quantificadas e incorporadas à análise de cada tema central.

Escolhemos não adotar a Saúde Pública como uma categoria temática pois ela está presente, com pesos distintos, em matérias de todas as 10 categorias analisadas.

7. Distribuição das categorias temáticas ao longo do ano:

Foi analisada a distribuição das inserções ao longo do ano, resultante do cruzamento dos dados das 12 listas por mês e das 10 categorias temáticas. Esse quadro serviu como um mapa durante as análises por conter as quantificações de cada categoria no ano e por mês.

8. Escolha dos temas Hospital, Ciência &Tecnologia, Mercado, Saúde Pública:

As matérias das categorias Hospital e Ciência & Tecnologia, por serem as mais frequentes, e Mercado, pela relevância na problematização do consumo de bens de saúde no Brasil, tiveram uma segunda aproximação com análise detalhada dos discursos e imagens associadas.

A Saúde Pública foi objeto de estudo detalhado a partir das análises das categorias temáticas.

9. Análise das matérias que reportam o Hospital como objeto central:

Para a análise dessa categoria foi necessário distinguir subclasses:

- a) Subclasse Celebidades: grupo de matérias focadas na assistência a pessoas ilustres e celebridades.
- b) Subclasse Usuário Comum: que reúnem matérias que se referem explicitamente ao SUS, e matérias que noticiam eventos de saúde pública mas omitem referência ao SUS.

10. Análise das matérias que reportam o Hospital secundariamente:

Distinguiu-se em toda a amostra as matérias em que o hospital aparece em segundo plano, detectando interseções da temática hospitalar com as categorias Ciência & Tecnologia, Mercado, Corporação Médica e Polícia. As matérias presentes nestas interseções foram agrupadas nas respectivas subclasses.

11. Consolidação da análise das matérias que reportam o Hospital:

Os dados das matérias que reportam o Hospital tanto como objeto central, quanto secundariamente, foram consolidadas em um quadro de distribuição ao longo do ano por mês e pelas subclasses citadas.

12. Análise dos Atributos do Hospital Público:

As inserções nas quais o hospital público é explicitamente referido como objeto central foram analisadas segundo os atributos destacados pelas matérias: Carência de Estrutura, Falta de Vagas, Falta de Médicos, Crise na Gestão,

Corrupção, Greve de Médicos e Falhas Graves. Cada atributo contém dados do número de inserções, o assunto de cada inserção e as datas de veiculação.

Também foram analisadas referências POSITIVAS à assistência hospitalar:

- a) em matérias que omitem que se trata de hospital público.
- b) em matérias onde o hospital público é reportado secundariamente.

Os atributos Negativos e Positivos foram consolidados na análise mais ampla das representações do Sistema Público de Saúde no conjunto da amostra.

13. Análise dos temas abordados na classe Ciência&Tecnologia:

Os temas das matérias são aqueles apontados pelo próprio apresentador ao proferir a “manchete” verbalmente no início de cada inserção.

- a) As matérias cujo objeto central é uma doença foram classificadas segundo o tipo de doença: Neurológicas, Câncer, Cardiopatias, Infecciosas, Sistema Endócrino, Tecido Ósseo e Respiratórias. Cada um destes tipos contém dados do assunto específico das pesquisas e as datas de veiculação.
- b) As matérias com outros temas não focados em doenças foram classificadas segundo o objeto: Deficiências, Reprodução Humana, Ecossistema Interno, Vida primordial. Cada subclasse contém dados do assunto das matérias e as datas de veiculação.

14. Matérias em Ciência&Tecnologia que reportam pesquisa de produtos para o Mercado:

As matérias foram agrupadas em três subclasses de pesquisas:

- a) Produtos farmacêuticos.

- b) Equipamentos e procedimentos hospitalares.
- c) Sem produto consumível.

15. Análise das Fontes das matérias sobre Ciência&Tecnologia:

Dois critérios foram determinantes para analisar as fontes:

- a) As instituições e publicações científicas mencionadas nas reportagens e as frequências em que aparecem.
- b) Os países citados foram analisados segundo a frequência em que aparecem e associados aos assuntos das pesquisas reportadas.

16. Análise das matérias sobre Mercado:

As inserções sobre questões do consumidor agrupadas na categoria Mercado foram analisadas em três subclasses:

- a) Produtos comercializados no mercado.
- b) Serviços, que compreende o comércio de Planos de Saúde.
- c) Dados de pesquisa do IBGE sobre consumo de bens de saúde.

17. Instituições Governamentais em matérias sobre Mercado:

Dada a relevância da presença governamental nas matérias sobre Mercado, estas foram analisadas segundo os órgãos estatais reportados, o objeto ou mercadoria em questão, o número de matérias em que são citados e as datas de veiculação.

18. A Assistência Hospitalar em matérias sobre Mercado:

As matérias sobre Mercado que têm o hospital como tema secundário foram destacadas para consolidação com a análise da categoria Hospital. O hospital é referido secundariamente em matérias sobre mercado em duas subclasses:

- a) Planos de Saúde
- b) Produtos comercializados

As matérias agrupadas em cada uma destas subclasses acima foram discriminadas pelo assunto da matéria e pela data de veiculação.

19. Matérias sobre Mercado que reportam informação tecnocientífica:

As matérias da categoria Mercado sobre produtos comercializados foram analisadas segundo a presença de informação científica associada ao produto. As matérias foram agrupadas por tipo de produto, identificando as informações científicas reportadas e as datas de veiculação. Essa análise foi consolidada com as matérias de Ciência&Tecnologia.

20. Análise das matérias sobre Epidemiologia:

Estas matérias foram analisadas e agrupadas em subclasses segundo os objetos que reportam – campanhas de imunização, doenças infecciosas, respiratórias agravadas por clima seco, e câncer. Esses dados foram consolidados na análise dos temas e representações da Saúde Pública e do SUS.

21. Análise das matérias sobre Hábitos e Comportamento:

As matérias desta categoria foram classificadas quanto ao tipo de comportamento, hábito ou questão reportada como hábito alimentar, sedentarismo, tabagismo, crack, estresse e sono ao dirigir e cuidado.

As matérias que reportam o sistema público de saúde tiveram uma segunda aproximação analítica dos discursos nelas contidos, em particular aquelas que reportam ações do sistema público em relação ao tabagismo e obesidade.

22. Análise das matérias que reportam a Corporação Médica:

A presença da Corporação Médica em matérias da amostra foi analisada em três níveis:

- a) É ator central do objeto da matéria e define a categoria temática.
- b) É ator secundário de uma matéria de outra categoria temática.
- c) É mencionado ou presta depoimento.

As matérias foram agrupadas em subclasses segundo o assunto: Legislação e Deontologia, Mercado, Assistência Hospitalar, Pesquisa, Polícia.

As citações e depoimentos de Conselhos de Medicina e Sociedades Médicas foram quantificadas, discriminando o número de inserções, os assuntos das matérias e as datas de veiculação.

Dado o peso da Corporação Médica na amostra, foram analisados os discursos presentes nas matérias relativas às questões que envolvem o sistema público de saúde, a formação médica no país e questões do mercado consumidor.

23. Análise das matérias que reportam o Ministério da Saúde:

As citações verbais, depoimentos do ministro e imagens do prédio e de logomarca do Ministério da Saúde, foram quantificados, discriminando o número de inserções, os assuntos das matérias e as datas de veiculação.

As inserções em que o Ministério da Saúde é presente foram agrupadas em subclasses em função do assunto central de cada matéria: Atenção Epidemiológica, Assistência Hospitalar, Mercado, Ocorrências Policiais e Orçamento da Saúde. Dada a relevância da presença do Ministério da Saúde na amostra, os discursos presentes nas matérias foram analisados numa segunda aproximação.

24. Análise das Instâncias e Órgãos Governamentais associadas ao SUS:

As citações verbais, imagens de prédios e de logomarcas de órgãos do governo das três esferas de poder, depoimentos gestores ou de membros de entidades, foram quantificados, discriminando o número de inserções em que esses órgãos e instâncias aparecem, os assuntos das matérias e as datas de veiculação.

Os números de inserções por instância ou órgão foram tabulados em subclasses em função do tipo: Executivo Federal, Estadual ou Municipal, Judiciário, Policial ou Corporativo (Conselho ou Sindicato).

25. Análise das Matérias que reportam Saúde Pública:

Todas as matérias que, verbalmente e/ou por imagem, reportam medidas governamentais, órgãos, equipamentos e serviços públicos de saúde, foram quantificados, discriminando o número de inserções em que aparecem, os assuntos das matérias e as datas de veiculação.

- a) As inserções foram agrupadas e quantificadas segundo as 10 categorias temáticas às quais cada inserção já tinha sido anteriormente classificada.
- b) Foram discriminados dois subgrupos:
 - Matérias que fazem REFERÊNCIA EXPLÍCITA AO SUS
 - Matérias que NÃO FAZEM MENÇÃO AO SISTEMA PÚBLICO DE SAÚDE

Os discursos verbais e imagens associadas presentes no conjunto destas inserções foram objeto de análise detalhada.

26. Análise das matérias que fazem Referência Explícita ao SUS:

Foram agrupadas neste subgrupo todas as matérias que mencionam explicitamente a Saúde Pública, Rede Pública, Hospitais Públicos, Postos de Saúde e outros Serviços Públicos de Saúde.

- a) As inserções foram agrupadas e quantificadas segundo as categorias temáticas às quais cada inserção tinha sido anteriormente classificada: Hospital, Epidemiologia, Mercado, Polícia, Comportamento, Ciência&Tecnologia, Internacional, Questões Sociais e Orçamento da Saúde.
- b) As inserções foram classificadas segundo o Tipo de Referência ao Sistema Público de Saúde em 4 subgrupos: Tipo Sistema, Tipo Hospital, Tipo Atenção Básica e Inserções em que o SUS é mencionado explicitamente mas de forma secundária.
- c) As matérias em cada Tipo de Referência foram analisadas tematicamente em função da categoria temática e da ideia central de cada matéria,

discriminando o assunto, a quantidade de inserções por assunto e por categoria temática.

- d) O NOMES utilizados para fazer referência ao SUS e Serviços de Saúde Pública foram discriminados e quantificados por nome e pelos 4 Tipos de Referência.
- e) Independente do Tipo de Referência e da categoria temática, as matérias que fazem referência explícita ao SUS e à Saúde Pública foram analisadas em função das representações e ideias associadas, e classificadas em 4 eixos:
 - Saúde Pública Negativa, que compreende os subgrupos SUS Carente, Gestão Ruim e Violência.
 - Saúde Pública Positiva, que compreende matérias sobre imunização e prevenção, regulamentação da assistência, hospital público e Ciência&Tecnologia.
 - Doenças e Agravos, que compreende matérias sobre ocorrência de doenças específicas.
 - Matérias de noticiário Internacional em que o SUS é mencionado.

Foram discriminados os assuntos das matérias e quantificados o número de inserções por assunto e pelos 4 eixos temáticos.

27. Análise das matérias que reportam a Saúde Pública SEM FAZER MENÇÃO AO SISTEMA PÚBLICO DE SAÚDE:

- a) As inserções foram agrupadas e quantificadas segundo as categorias temáticas às quais cada inserção tinha sido anteriormente classificada:

Mercado, Hospital, Ciência&Tecnologia, Comportamento, Epidemiologia, Questões Sociais e Corporação Médica.

- b) As entidades, órgãos, instâncias e hospitais referidos, ou mostrados mas não identificados, e os assuntos correspondentes de cada matéria foram discriminados e quantificados por assunto e por órgão citado, ou mostrado mas não identificado.

III CONTEXTOS

III.1 SAÚDE E COMUNICAÇÃO DE MASSA

Ao se tratar das formas pelas quais na atualidade brasileira se criam noções e necessidades em Saúde, é oportuno refletir sobre como esses temas se apresentam nos meios de comunicação. Na sociedade contemporânea global o campo da comunicação erigiu-se como proeminente área de negócios, vértice do desenvolvimento tecnológico, incluindo variadas formas de exploração de plataformas de internet, telefonia e TV, com influência sobre todas as outras áreas econômicas, tornando-se um espaço público de padronização cultural e meio educativo de extrema capilaridade em todo o planeta. Gilles Lipovetsky analisa esta hipertrofia do campo da comunicação, destacando o advento da Tela (do cinema, da TV, desktops, notebooks, telefone celular, tablet, equipamentos de exames, cirurgias, etc) como seu suporte universal, através da qual as relações pessoais e sociais são cada vez mais mediatizadas (LIPOVETSKY e SERROY, 2009). Na expressão de Marshall McLuhan, através da expansão das transmissões de televisão via satélite, essa Tela transformou o planeta numa “*aldeia global*” na segunda metade do século XX. A partir da globalização, que inaugura o século XXI antes mesmo dos anos mil

e novecentos findarem, o acesso à *World Wide Web* e a proliferação de dispositivos móveis consagrou definitivamente esta onipresença da Tela nos domicílios, no trabalho, nos espaços públicos, na bolsa e no bolso dos indivíduos. Observar a complexidade pela qual a Saúde é representada neste meio, através desta tela, além de nos fornecer dados a respeito da mídia e do canal de comunicação, revela ingredientes simbólicos, verbais e iconográficos que entram na composição destas representações da Saúde. Neste estudo elegemos como campo de investigação o Jornal Nacional veiculado diariamente pela Rede Globo: um jornal televisivo diário que bate recordes sucessivos de audiência, da ordem de 33 pontos no Painel Nacional de Televisão – PNT-Ibope (FELTRIN, 2012) o que representa mais de 6 milhões e 300 mil domicílios nas 14 principais regiões metropolitanas, atingindo mais de 25 milhões de espectadores a cada edição, sintonizado diariamente por mais da metade dos televisores ligados em todo o país, com penetração em todas as classes sociais e uma história que remonta ao nascimento e expansão da “aldeia global” no Brasil. Disto consideramos que é relevante observar os conteúdos e formas que compõem temas de Saúde neste jornal.

No cotidiano dos brasileiros, nenhum outro meio de comunicação é mais presente ou influente do que a TV, a qual tornou-se a principal referência cultural no país. Até mesmo domicílios sem acesso à infraestrutura básica, inclusive sem geladeira, possuem um aparelho de TV. Em 2011 98% dos domicílios urbanos e 89% dos rurais possuíam televisão (PNAD 2011). No Brasil o espectador de TV passa em média 4 horas diárias com os olhos vidrados na televisão. *“A TV pauta nossas conversas, dita nossa hora de dormir, a decoração de nossas casas, a qualidade do que comemos e sabemos, nem sempre dimensionamos o tamanho do fascínio que ela*

exerce nos comportamentos, no cotidiano, na vida brasileira.” (PEREIRA, 2002 p. 15) *“Entregue ao mercado da indústria do entretenimento, a população brasileira entronizou a televisão como sua principal referencia cultural”* (MATTOS, 2000 p. 118)

O poder da TV sobre todas as outras mídias e ramos da indústria cultural se estabelece como monopólio e dita regras conforme a conveniência e os dividendos do seu negócio. Passa inclusive a definir os horários e os dias dos jogos dos campeonatos de futebol conforme os interesses da sua programação (SIMÕES, 2004 p. 53) Esse monopólio se sustenta sobre uma audiência massiva a ponto de paralisar a população de todo o país em torno da TV numa final de campeonato (final da Libertadores 5/7/2012 recorde de 75% dos televisores sintonizados na Globo) ou num último capítulo de novela. (novela Avenida Brasil 19/10/2012 53.8 pontos 72% dos televisores)

As transmissões de TV começaram no Brasil em 1950 tendo forte crescimento nos anos da ditadura militar, contudo um verdadeiro boom ocorreu na última década do sec. XX, exatamente na alvorada da sociedade da 2^a. modernidade: *“Com o sucesso do Plano Real as camadas mais pobres da população aumentaram o poder aquisitivo podendo adquirir inúmeros novos televisores o que fez crescer a audiência nas classes C D E”* (MATTOS, 2000 p. 167) *“Contribuindo para o surgimento de um contingente de aproximadamente 24 milhões de novos telespectadores”* (MATTOS, 2000 p. 117)

Esse boom do consumo de TV a partir dos anos 1980 se dá num contexto que marcou uma virada mundial impulsionada pelo mercado da informação e comunicação, que acabou mudando a própria forma de assistir TV. *“Em 1992 havia*

1 bilhão de televisores no mundo, a metade instalada desde 1987” (PEREIRA, 2002 p. 58). Em 2011 já havia 1,7 bilhão de domicílios com acesso a TV no mundo e estima-se que 1,9 bilhão de domicílios serão atingidos em 2016 (TELETIME NEWS, 2012). O processo de globalização está fortemente apoiado sobre a expansão, diversificação e o aprofundamento do papel da TV na vida cotidiana. *“O reconhecimento do papel exercido pela mídia no processo da globalização está relacionado à percepção popular de que os veículos de informação, principalmente a TV estão conectados ao centro dos acontecimentos da sociedade”* (MATTOS, 2000 p. 17). Além da forte expansão do consumo de TV aberta, abriu-se o mercado de TV paga e o acesso ao consumo de serviços de vídeo por dispositivos móveis. No Brasil, segundo dados da Anatel, a TV paga atinge atualmente mais de 15 milhões de domicílios com um público de cerca de 50 milhões de brasileiros. A Região Sudeste ainda lidera o indicador, com a presença do serviço em 37,1% dos domicílios.

Nesse panorama destaca-se a relevância da TV enquanto um espaço público, de acesso público e de publicização, que está permanentemente atualizando as práticas sociais, informando valores, juízos, motivadores, objetos de desejo e rejeição, e produzindo fatos coletivos: *“o fato coletivo (é) aquele conjunto de informações de natureza coletiva destinadas a orientar os cidadãos na vida em sociedade.”* (LEFEVRE, 1999) Com isso a TV se afirma como espaço público de padronização global. *“As pessoas do mundo inteiro e de todas as classes se encontram na pracinha da televisão e consomem as notícias. Elas fazem parte de uma rede mundial de comunicação padronizada (onde) as fronteiras institucionais e nacionais deixam de valer.”* (BECK, 2010 p. 196). Este é o contexto onde uma

“Saúde Coletiva” é fabricada enquanto representações correntes neste espaço de padronização. Segundo Fernando Lefèvre

“quando a porta de entrada mais específica for o plano factual/informativo, deve-se examinar a natureza daquele conjunto de informações ou fatos sobre o campo da saúde e da doença que são coletivamente disponibilizados. Através deste prisma, a Saúde Coletiva pode ser vista como o conjunto de informações ou fatos sobre saúde e doença que são "publicizados" pela mídia numa dada formação social, num dado momento histórico. Numa formulação sintética poderíamos dizer que a Saúde Coletiva é, também, a saúde-que-aparece-na-mídia.” (LEFEVRE, 1999)

Essa produção social se dá sobre o terreno mais fértil da sociedade de consumo: a TV é a alma do negócio. Nos primórdios, os programas de TV tinham os nomes dos seus anunciantes, as novelas ainda hoje são chamadas em língua inglesa de *soap opera*, pois eram exibidas com o nome das marcas de sabão. Paulo Autran definia assim: *“o teatro é a arte principalmente do ator, o cinema é do diretor e a televisão, do patrocinador”* (PRIOLLI, 2002 p. 168). *“Metade do gasto com publicidade no Brasil fica com a TV. Seu império espalha-se para além do veículo (...) Negócio dos negócios, a TV dita moda, faz a festa e tudo transforma em filhote do mercado televisual”* (PEREIRA, 2002 p. 53). Planos de Saúde são anunciantes de propagandas na TV, e em 2012, quando o litígio com consumidores e com a Agência Nacional de Saúde recrudescceu, as operadoras obtiveram dos jornalistas apresentadores do Jornal Nacional um discurso favorável à sua conduta. É o que mostra o discurso da apresentadora na edição 2 de Outubro em relação à uma grande operadora do mercado de planos de saúde:

“A Unimed Paulistana informou que não tem medido esforços para cumprir os prazos determinados pela ANS e que tem como compromisso atender os clientes com eficiência e excelência”

Por outro lado a cumplicidade entre a mídia e planos de saúde não impediu a veiculação de reportagens em que consumidores de planos manifestassem sua decepção em relação aos serviços e ao tratamento dispensado pelas operadoras. A TV está a serviço do consumo, e preza o consumidor que é o seu público. Desta forma a TV ultrapassa em muito o papel de veículo de entretenimento e informação, quer dizer, na era da 2^a. modernidade onde a produção de identidade e a inserção social se dão através do consumo, a TV torna-se o espaço de massa privilegiado para estar sintonizado com as tendências do mercado, a moda, um denominador comum necessário para ser alguém que pertence a essa sociedade. Tudo o que foge deste consenso que atravessa toda sociedade tende a ficar de fora da comunicação de massa. Aqui pede-se ultrapassar a noção clássica unidirecional do processo de comunicação, cuja mensagem é formulada no emissor e, através de um canal, chega ao receptor. Num outro modelo, de comunicação em rede, a formulação da mensagem é gestada numa rede de interlocução. Emissores e receptores não são autônomos, mas fazem parte de uma rede comunicativa, multipolar, onde a noção de comunicação é menos a de transferência de sentidos, e mais de trama de sentidos, formando um *“Mercado Simbólico”* no qual os bens simbólicos são produzidos, circulam e são apropriados pelas pessoas (ARAÚJO, 2007). No nosso caso, o Jornal Nacional ocupa um lugar de interlocução importantíssimo nesta rede e por isso mesmo é influente e está fortemente sujeito à influências de múltiplas conexões.

“A criação dos fatos coletivos pela instância midiática é inevitável. Isto quer dizer que um olhar coletivo sobre os fatos pressupõe, necessariamente, a mídia.” (LEFEVRE, 1999). Observar os ingredientes que compõem as representações da saúde neste espaço midiático, é observar este campo de padronização, de assunção de valores, preconceitos e juízos, que dão sentido e constroem uma virtualidade do sujeito, usuário, cidadão e da saúde pública. Compreender o universo da saúde pública produzido no contexto da TV fornece elementos imprescindíveis na interlocução do SUS com a sociedade, ao questionar quem são esses usuários, o sistema público, o privado e os paradoxos em que estão enredados.

III.2 SUS 25 ANOS

No momento em que o SUS ultrapassa duas décadas como o sistema de saúde brasileiro abre-se um debate no campo da Saúde Pública que faz questionamentos, diagnósticos e avaliações do sistema, de sua segmentação em subsistemas público e privado, o que coloca em discussão as diretrizes básicas que definem o SUS. Esse debate vai analisar como essas diretrizes se expressam nas políticas públicas, programas focais, modos de atenção e gestão, observando um SUS real, que demanda ser conhecido, atravessado por uma complexidade de fatores que o fazem ganhar direções que ultrapassam ou se opõem ao projeto que lhe deu origem.

Ao completar 25 anos esse debate constata através de diferentes abordagens um movimento crescente de mercantilização da saúde presente não somente no contexto mais amplo da sociedade, mas também nas políticas do Estado que põem em marcha um amplo processo anti-SUS, como definido por Nelson Rodrigues dos Santos (SANTOS, 2013).

O fato de no Brasil o mercado crescer fortemente no campo da saúde coloca em discussão o estatuto desta como direito. Uma questão extremamente complexa e preñe de contradições, que diz respeito não somente ao crescimento dos consumidores de planos privados de saúde, ao lugar do Estado como comprador no mercado de produtos e serviços privados e ao crescimento do mercado de instituições privadas prestadoras de serviços públicos de saúde, mas também se refere à judicialização do exercício do direito à saúde, à cidadania que sustenta esse direito, às condições históricas de construção desta cidadania no Brasil, e às transformações sociais no mundo contemporâneo, que instauraram um processo de crise da modernidade, que, entre outros sintomas, põe em cheque o Estado de Proteção Social e os direitos humanos de segunda geração, isto é, direitos econômicos e sociais entre eles o direito à saúde.

III.2.1 SEGMENTAÇÃO DO SISTEMA DE SAÚDE

A expansão da cobertura foi a que mais avanços teve no desenvolvimento do SUS. A implantação do PSF a partir da década de 90 e sua institucionalização enquanto estratégia da Atenção Básica (ESF) alavancou a inclusão ao sistema de aproximadamente 100 milhões de usuários das classes mais pobres e dos municípios menores com menor oferta de serviços de saúde. Paralelamente o subsistema privado de saúde tem forte crescimento, atinge 50 milhões de clientes em 2013, supera 40% dos usuários nas regiões metropolitanas de maior concentração econômica, reforça as desigualdades de oferta de serviços, e amplia mercado nas classes de menor poder aquisitivo. Nesta medida, ao mesmo tempo em que o SUS se estabelece como um dos maiores sistemas de saúde pública do mundo, ocorre um crescente processo de

mercantilização, que situa cada vez mais a saúde como categoria de consumo e área de negócios. Como coloca Eugênio Vilaça

“A generosa concepção constitucional de um sistema de saúde de cobertura universal, ao longo dos anos, vem caminhando num sentido diverso, expresso na segmentação do sistema de saúde brasileiro. Dessa forma, o sonho da universalização vem se transformando no pesadelo da segmentação” (MENDES, 2013).

Quando Vilaça fala em “sonho” pressupõe um sujeito, que são aqueles que neste um quarto de século têm se dedicado à construção de um sistema nacional de saúde único para todos os brasileiros, que têm contribuído desde as formulações iniciais do SUS gestadas pelo Movimento da Reforma Sanitária Brasileira, que participam da criação de políticas, estratégias, programas e modelos de atenção e gestão, refletem criticamente sobre uma realidade viva e prenhe de desconhecimento, e lutam por um sonho: *“O sonho de o Brasil garantir a igualdade de acesso em saúde para todos que precisam, em qualquer lugar, a qualquer hora (...) por um sistema de saúde moderno e justo, controlado pelos usuários, trabalhadores e agentes públicos, que traga desenvolvimento ao país e tome um lugar de destaque na vida nacional.”* (COSTA e col., 2013). Quando se trata do “pesadelo da segmentação”, não é somente esse sujeito envolvido, militante e imbuído pelo sonho que sofre a perturbação. Conforme cresce o subsistema privado de saúde, mais aberrações aparecem, engendradas pela mediação do dinheiro, pagamento, barreiras contratuais e faltas na entrega de serviços, trazendo sofrimento a milhões de pessoas, que não encontram outra forma de se defender que não os serviços de proteção do consumidor e o judiciário. Como exemplo disso, em 2012, ano de referencia desta

pesquisa, veremos noticiadas no Jornal Nacional as reclamações dos consumidores que levaram à interdição das vendas de 301 planos de saúde, e à condenação de uma operadora ao pagamento de indenização por danos causados por ter restringido a oferta de cuidados não inclusos no menu de produtos contratados.

III.2.2 ASPECTOS HISTÓRICOS DO SISTEMA PRIVADO

Essa presença marcante do subsistema privado tem raízes históricas profundas. As Santas Casas de Misericórdia, das maiores e mais antigas redes privadas do parque hospitalar do país conveniadas ao SUS, se capitalizam, crescem e se expandem desde a época do Império. Embora tenham herdado a imagem filantrópica, desde o século XIX as Misericórdias exploram o potencial econômico das suas atividades e direcionam a prestação para o público pagante. Além da exploração do mercado, desde o final do século XIX atuam junto aos governos por políticas de subvenção do Estado. Segundo Liliane Fernandes,

“suas reivindicações por recursos económicos junto ao Governo tornaram-se válidas e foram atendidas pela necessidade que o Estado detinha de garantir condições sanitárias favoráveis ao arranque do desenvolvimento industrial e económico do Brasil em sua fase republicana. Por essa razão o Estado Brasileiro, nas distintas presidências nas quatro primeiras décadas do século XX, aperfeiçoou a legislação respeitante aos subsídios às instituições particulares de assistência. Essa regulação foi feita de modo sistemático nomeadamente a partir de 1931.” (FERNANDES, 2009)

Fruto desse relacionamento com o Estado, além da isenção de impostos sobre os rendimentos crescentes, as Santas Casas obtêm subsídios estatais auferidos pela tributação de outros setores: *“O Decreto no 4.440, de 31 de Dezembro de 1921, fixava a despesa geral do país para 1922 e em seu artigo 16º. estipulava verbas*

advindas da cobrança do imposto sobre vinho para as Misericórdias do Rio de Janeiro, Santos, Recife, Bahia, Feira de Santana e Belém.” (FERNANDES, 2009)

Para atuação neste terreno político-econômico, desde 1963 as Misericórdias se organizam na Confederação das Santas Casas de Misericórdia – CMB. Atualmente, com meio século de atuação política, a CMB ampliou sua base e inclui os interesses de outras instituições filantrópicas além das Santas Casas.

A partir da era Vargas, além do florescimento e consolidação econômica das Misericórdias nas regiões Sul e Sudeste pela exploração comercial dos seus serviços, Ligia Bahia destaca que

“As distintas estratégias acionadas, desde os anos 40, pelos setores com maior poder de vocalização de demandas para a obtenção de acesso diferenciado, daquele organizado pela Previdência Social e posteriormente pelo SUS, aos prestadores privados, resultaram na proliferação de esquemas assistenciais variados” (BAHIA, 2002)

Entre esses “setores com maior poder de vocalização” estão empresas avessas à prestação assistencial aos seus empregados pelos institutos previdenciários, gerando demandas empresariais por convênios privados.

Os mecanismos de renúncia fiscal para incentivo e capitalização do setor privado de saúde remontam ao início do século XX nas demandas baseadas no reconhecimento de filantropia.

“Presume-se que este reconhecimento isentava as instituições do pagamento de impostos, como de facto outorgaria o Governo na previsão orçamentária do ano de 1924, no artigo 3o sobre a isenção de tributos sobre o rendimento: ‘§11. Ficam isentos deste imposto os rendimentos das instituições destinadas a fins philanthropicos” (FERNANDES, 2009).

Sob a pele do cordeiro da filantropia mercadores de serviços de saúde engordaram lucros ao longo do século. Como aponta Ligia Bahia, sob o mesmo pretexto em 1996 *“várias empresas de assistência médica suplementar cujo exemplo notável é a Golden Cross se declararam filantrópicas se beneficiando com a isenção de contribuições, como a previdenciária.”* (BAHIA, 1999, p. 241). Durante o Regime Militar há uma diversificação dos mecanismos de renúncia fiscal para incentivo aos convênios privados de saúde com a autorização a partir de 1974 para a dedução dos gastos com saúde do imposto de renda das empresas (BAHIA, 1999, p. 34). A partir de 1982 outro mecanismo ainda mais lucrativo entra em ação: as despesas com planos de saúde passam a ser contabilizadas como custo operacional das empresas. (BAHIA, 1999, p. 239) Já no período pós-Constituinte o incentivo ao consumo de planos de saúde se amplia quando estas despesas passam a ser integralmente abatidas no imposto de renda de pessoas físicas. Esse perfil de mercantilização da assistência médico-hospitalar através de convênios-empresa incentivados pelo Estado seguirá seu curso após a constituição do SUS.

Em duas décadas de ditadura militar a Previdência Social teve grande expansão acompanhada por diversos mecanismos de financiamento a fundo perdido para construção e reformas de hospitais privados para assistência aos segurados.

“O Estado tanto prestava atenção direta quanto contratava organizações privadas. Inclusive, durante o período militar, houve vários projetos para financiar a expansão da rede privada. Isto compôs uma curiosa infraestrutura (base material) para o nascente SUS: predomínio do estatal na atenção básica e de urgência e da iniciativa privada na atenção especializada e hospitalar” (CAMPOS, 2009)

No período do “milagre brasileiro” entre 1967 e 1974, numa conjuntura de crescimento econômico acelerado e expansão urbana desordenada, foi estabelecida, segundo Madel Luz, uma *“estratégia de medicalização social sem precedentes na história do país”, (...) “rápido crescimento de um setor empresarial de serviços médicos, constituído por proprietários de empresas médicas centradas mais na lógica do lucro do que na da saúde.”*(LUZ, 1991)

Além de subsidiado pelo Estado, esse crescente parque hospitalar privado é sustentado por convênios com a Previdência Social a qual teve seus fundos comprometidos pela privatização da rede de assistência, sem controle da informação sobre a produção e vulnerável à fraude e corrupção (BERTOLOZZI e GRECO, 1996, p. 388). Gastão Wagner aponta como essas práticas se atualizam nas relações do provimento conveniado ao SUS:

“O Ministério da Saúde, as Secretarias de Estado e de municípios não desenvolveram política e gestão hospitalar típicas dos sistemas nacionais. Em grande medida, prosseguiram garantindo acesso por meio da compra de serviços especializados e hospitalares ao setor privado, realizando a forma mais primitiva de controle: auditorias de contas e de procedimentos post factum.” (CAMPOS, 2009)

III.2.3 COMPOSIÇÃO PÚBLICO – PRIVADO

O expressivo segmento privado de assistência médico-hospitalar que compõe o sistema de saúde instituído no Brasil pós-Constituinte de 88 resulta da continuidade de uma história que remonta ao início do século XX, se desenvolve em interseção com o SUS, e é responsável por importantes fluxos financeiros da esfera pública para a privada. Resultado marcante desta história de fomento ao crescimento do setor

hospitalar privado no Brasil é que a prestação destes serviços torna-se predominantemente privada e sustentada pela compra estatal pelo SUS.

“a existência consolidada politicamente do setor privado no sistema de saúde brasileiro é legitimada na Constituição, outorgando-se à provisão privada papel complementar ao sistema público, sem uma definição clara de papéis e atribuições que este ia desempenhar no SUS. Assim, no processo de implementação que se segue configura-se um sistema público e um subsistema privado de atenção à saúde.” (COHN, 2009)

Dados da pesquisa de Assistência Médico Sanitária 2009 IBGE-AMS (Tabela 1) ilustram como o subsistema privado tem a maior provisão de recursos em estabelecimentos hospitalares, leitos, e equipamentos, sendo o SUS o maior tomador dos seus serviços. Assim, vemos que o sistema privado abarca 65% dos leitos existentes no país, 77% dos estabelecimentos com internação especializados, 89% dos estabelecimentos especializados sem internação e 91% dos estabelecimentos de SADT (Serviços de Apoio a Diagnose e Terapia). A amostragem de equipamentos privados abarca 66% dos equipamentos de Manutenção da Vida e 76% dos equipamentos de Diagnóstico por Imagem no país. Por outro lado, observando o provimento hospitalar pelo sistema público, do total de 432 mil leitos existentes no país em 2009, 73% estavam disponíveis para o SUS, sendo que 54% destes em instituições privadas. Disto resulta que das 23,2 milhões de internações naquele ano, 82% foram providas pelo SUS, sendo que aproximadamente 11 milhões (47%) em hospitais privados, e 8 milhões (35%) em hospitais públicos. Durante o ano apenas 18% das internações foram realizadas pelo sistema privado. Embora marcante, essa característica do setor privado deter a maior proporção dos bens de produção

(estabelecimentos hospitalares e SADT, leitos e equipamentos) e o SUS ser o maior tomador destes serviços, não é homogênea. Dos 23 mil estabelecimentos especializados privados sem internação, que representam 89% da oferta no país, apenas 5,5 mil são conveniados do SUS. Como 2,9 mil são públicos, o SUS conta com 8,4 mil estabelecimentos em 25,9 mil, ou 32%. Neste caso embora o subsistema privado tenha uma cobertura que abrange 26% da população, este concentra 68% da oferta de estabelecimentos especializados sem internação. Com relação aos SADT ocorre algo semelhante: 32% dos estabelecimentos são prestadores privados do SUS. O Sistema Público detém 9%, de modo que o SUS tem disponível ao todo 41% dos estabelecimentos de SADT, enquanto o sistema privado conta com 59% para atender um público em média 3 vezes menor. Nestes casos em que os recursos de instalações e equipamentos privados é maior do que o público, observamos que o Estado torna-se comprador e sustentador do sistema privado para disponibilizar os serviços à maioria da população, e quando não, há produção de iniquidades onde o usuário exclusivo do sistema público tem menor acesso aos bens no mercado.

Tabela 1: Indicadores de Recursos no país em 2009: número de estabelecimentos com e sem internação, leitos, internações, equipamentos de UTI e de diagnóstico por imagem. Segundo o prestador: público, privado e privado disponível para o SUS.

INDICADORES DE RECURSOS POR PRESTADOR (mil)							
ESTABELECIMENTO	TOTAL		PUBLICO	%	PRIVADO TOTAL	%	PRIVADO SUS
Com Internação	6,87		2,84	42,3	4,03	58,7	2,70
Com Internação Especializado	6,42		150	23,4	4,92	76,6	0,26
Leitos Brasil	431,9		152,89	35,4	279,1	64,6	219,5
Leitos SUS	314,9	73%	146,17	46,4	----- --	-----	168,8
Internações no ano	23.198		8.141	35,1	15.057	64,9	10.894
Equipamentos de Manutenção da	366,4		126,4	34,5	239,9	65,5	133,5

Vida							
SADT - Apoio Diagnose	19,29	1,76	9,0	17,5	91,0	6,15	31,9
Equipamentos de Diagnóstico de Imagem	63,7	15,2	23,9	48,5	76,1	16,8	26,5
Sem Internação Especializado	25,8	2,9	11,3	22,9	88,7	5,4	21,1
Sem Internação Clínica Geral	36,8	35,6	96,7	1,2	3,3	0,26	0,7

Fonte: IBGE – AMS-2009

Contrariamente à concentração do setor privado na prestação de serviços hospitalares, SADT e especializados, a maior parte das unidades ambulatoriais, de clínica geral sem internação, é de propriedade estatal (96,7%). Esta amostra do IBGE-AMS não inclui consultórios particulares. Temos aqui um recorte do serviço provido majoritariamente pelas unidades de Atenção Básica do SUS, as quais desempenham uma complexidade de ações além da clínica generalista. Vemos que a segmentação público-privado também corresponde a uma divisão em termos de “complexidade médica”, níveis de atenção e modelos assistenciais. Essa divisão também tem raízes numa história que remonta ao percurso da Saúde Pública durante o século XX no Brasil e diz respeito à divisão entre a assistência médica individual e a medicina social. Remonta ao papel preponderante do Estado ligado primeiramente ao higienismo e posteriormente ao preventivismo, e a uma história em que a assistência médica hospitalar é incorporada à agenda do Estado tardiamente como uma questão do trabalho e não de saúde pública. Veremos no Jornal Nacional como a força simbólica das “campanhas de vacinação”, que remontam à uma estratégia disciplinar de saúde pública própria dos primeiros governos republicanos, se associa hoje ao SUS. O próprio campo da saúde coletiva que provê sustentação teórica ao

Movimento da Reforma Sanitária, elege a atenção primária como base do sistema de saúde. Com isso temos uma divisão entre a Atenção Básica, que é de provimento exclusivo do Estado, e um mercado de serviços de assistência médica e de apoio (SADT) explorado pelos prestadores privados, do qual o Estado também participa seja comprando serviços destes, seja como prestador direto.

A oferta de recursos públicos e privados também respondem à diferenças regionais. Dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES 2012 (Tabela 2) mostram uma média nacional de 2,35 leitos/1000 habitantes. Acima da média, a Região Sul possui o maior índice de leitos existentes (2,68/1000) sendo porém a que menos provê leitos públicos (0,57/1000). No outro extremo abaixo da média, a Região Norte é a que possui a menor provisão (1,93/1000) sendo porém a que tem maior média de leitos públicos do país (1,13/1000). Embora na Região Sul a provisão de leitos públicos por habitante seja 49,5% menor que na Região Norte, o usuário do Sul tem 27,5% mais leitos SUS disponíveis/habitante devido ao provimento privado. A Região Sul possui a maior oferta de leitos SUS do país por habitante (1,9/1000) sendo 70% destes de provimento privado (1,33/1000). No Nordeste a média da oferta de leitos SUS é semelhante à do Sul (1,84/1000) as maiores do país, porém aqui, ao contrário do Sul, o provimento é predominantemente público, e o setor privado que detém metade dos leitos na região, cobre 39% da oferta de leitos disponíveis para o SUS.

Tabela 2: Oferta de leitos públicos, privados e privados disponíveis para o SUS por região do país em 2012.

LEITOS POR 1000 HAB					
REGIÃO	EXISTENTE	PÚBLICO	PRIVADO	PRIVADO SUS	TOTAL SUS
NORTE	1,93	1,13	0,80	0,36	1,49
NORDESTE	2,20	1,12	1,08	0,72	1,84
SUDESTE	2,39	0,72	1,67	0,83	1,55
SUL	2,68	0,57	2,11	1,33	1,90
CENTRO-OESTE	2,54	0,95	1,59	0,81	1,76
NACIONAL	2,35	0,86	1,49	0,83	1,69

Fonte MS/SAS – CNES Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde 2012

Outra forma pela qual os arranjos do mercado produzem iniquidades ocorre no Sudeste, onde o SUS disponibiliza 1,55 leitos/1000 habitantes, abaixo da média nacional, menos que o Sul, Nordeste e Centro-Oeste. Além disso, embora a Região Sudeste possua uma oferta de leitos privados maior que a média nacional, maior que a da Centro-Oeste, da Nordeste e da Norte, no Sudeste estão disponíveis 49,7% dos leitos privados para o SUS, enquanto que no Nordeste são 66% e no Sul 63%. Assim no Sudeste o acesso à internação pelo SUS está condicionado a um arranjo do provimento hospitalar público-privado onde a oferta pelo subsistema privado é menos disponível para atendimento público e onde o provimento hospitalar público por habitante (0,72/1000) é também menor que as outras regiões, exceto o Sul (0,57/1000). Assim o acesso à internação pelo SUS no Sudeste é reduzido em contraste com o grande mercado privado, de forma que a apenas 64,8 % dos leitos existentes é acessível ao usuário através do SUS, a menor proporção do país. Nestes exemplos vemos como a maior ou menor concentração de recursos privados, e a disponibilidade destes para o sistema público, produzem iniquidades regionais no provimento do SUS. (Tabela 3)

Tabela 3: Proporção por leito existente da oferta de leitos públicos, privados e do total de leitos SUS. Oferta de leitos privados disponíveis para o SUS por leitos privados e pelo total de leitos SUS. Em cada região do país em 2012.

PROPORÇÕES ENTRE OFERTA DE LEITOS EXISTENTES, PUBLICOS, PRIVADOS E SUS DISPONÍVEIS (%)					
REGIÃO	PUBLICO / EXISTENTE	PRIVADO / EXISTENTE	PRIVADO SUS / PRIVADO	PRIVADO SUS/ TOTAL SUS	TOTAL SUS/ EXISTENTE
NORTE	58,6	41,4	45,0	24,1	77,2
NORDESTE	51,0	49,0	66,6	39,1	83,6
SUDESTE	30,1	69,9	49,7	53,5	64,8
SUL	21,3	78,7	63,0	70,0	70,9
CENTRO-OESTE	37,5	62,5	50,9	46,0	69,3
NACIONAL	36,6	63,4	55,7	49,1	71,9

Fonte MS/SAS – CNES Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde 2012

Após a Constituinte 88 as políticas de fomento à expansão do segmento privado se concentram em três eixos de subsídio à empresa e estímulo ao consumo de planos de assistência médico-hospitalar:

- a) Criação de instrumentos de renúncia fiscal, créditos e anistias de dívidas (BAHIA, 2008, 2009).
- b) Isenção de tributos pela concessão de certificados de filantropia (BAHIA, 2008, 2009).
- c) Dedução de despesas médicas e com planos de saúde do imposto de renda devido por pessoas físicas e jurídicas (BAHIA, 2009; SANTOS, 2008).

Esses eixos fazem parte das agendas dos sucessivos governos onde se destacam alguns itens (BAHIA, 2009):

- a) Ampliação das deduções de despesas com saúde do Imposto de Renda - Sarney 1988.
- b) Dedução integral de despesas com saúde do Imposto de Renda - Lula 2005.

- c) Descontos e parcelamentos de dívidas de hospitais privados para com a Previdência Social e outros débitos tributários - Collor 1993.
- d) Flexibilização das normas para concessão de certificados de filantropia e fixação de contrapartidas - disponibilidade de leitos e projetos de apoio institucional para o SUS - FHC 2000, 2002 e Lula 2006.
- e) Redução de 60% para 20%, da obrigatoriedade de prestação de serviços de alta complexidade das entidades filantrópicas para o SUS - FHC 2002.
- f) Validação da redução alíquota do COFINS de 7,6% para 3% - Lula 2004.
- g) Regulamentação jurídica para provimento estatal de assistência médica privada ao servidor - FHC 1997 e Lula 2006.
- h) Redução das Contribuições Sociais para empresas de planos de saúde pelo cálculo de despesas operacionais - FHC 2001.
- i) Criação de fonte de recursos do Fundo Nacional de Saúde para as Santas Casas e hospitais sem fins lucrativos - Lula 2007.

Na interface das relações entre empresas de saúde e poder público há uma complexificação da representação de interesses, capaz de sustentar agendas que desenham a economia política de um mercado de R\$400 bilhões por ano entre gastos públicos e privados da ordem de 8,4% do PIB que em 2013 foi de R\$4,84 trilhões. Além da Federação Brasileira de Hospitais e a Associação Brasileira de Medicina de Grupo, que atuavam durante o regime militar, vemos surgir novas representações como a Associação Nacional dos Hospitais Privados (ANAHP) em 2001, o Instituto de Estudos de Saúde Suplementar (IESS) em 2006 e a Federação Nacional de Saúde Suplementar (FenaSaúde) em 2008, esta última como desmembramento da

Federação Nacional das Empresas de Seguros Privados e de Capitalização. O setor filantrópico tem uma influência marcante e permanente nos governos através da Confederação das Santas Casas de Misericórdia – CMB que constitui em 2011 a Frente Parlamentar de Apoio às Santas Casas na Câmara Federal, no Senado e nas Assembleias Legislativas de 5 Estados. O subsistema privado amplia seus recursos de sustentabilidade política e de produção de conhecimento além de ganhar autonomia representativa das instituições financeiras.

A construção de interfaces também se volta para os setores sindicais. Em 2007 é lançada a série de seminários *“O Trabalhador e a Saúde Suplementar, resultado de parceria entre ANS e entidades sindicais, cujo objetivo é difundir informação sobre planos de saúde para os trabalhadores”* (ANS, 2013a). Em 2010 a Câmara de Saúde Suplementar da ANS se constitui num fórum permanente que inclui as centrais sindicais CUT, UGT e Força Sindical e representações das operadoras do sistema financeiro e dos prestadores hospitalares para a *“acompanhar a elaboração de políticas no âmbito da saúde suplementar”* e *“aperfeiçoar o mercado de saúde suplementar”* (ANS, 2013b). As entidades de representação dos servidores públicos também passaram a incluir nos acordos trabalhistas a cobertura de planos e seguros privados, e em 2008 11 milhões de servidores e seus dependentes eram clientes de planos de saúde, somando 22,5% da cobertura do subsistema de saúde suplementar. Neste mesmo ano a média da cobertura dos planos de saúde atingia 26% da população, 49 milhões de clientes, sob contratos de 23,5 milhões de titulares de planos de saúde (Tabela 4).

Tabela 4: Cobertura dos Planos de Saúde em 2008 (mil hab.)

POPULAÇÃO	189.953						
NÃO TEM PLANO DE SAÚDE	140.766	74%					
TEM PLANO DE SAÚDE	49.187	26%	DEPENDENTE	25.700			
			TITULAR	23.487			
SERVIDORES PÚBLICOS	11.088	22,5%	DEPENDENTE	6.170			
			TITULAR	4.918			
VÍNCULO COM EMPRESA PRIVADA	38.099	77,5%	DEPENDENTE	19.530			%
			TITULAR	17.965	ACESSO DIRETO	6.124	34
					ACESSO ATRAVÉS DO TRABALHO	10.586	58
					OUTRO ACESSO	1.255	

Fonte IBGE – PNAD 2008

Como vimos anteriormente, a interface com o mundo do trabalho é uma condição histórica dos convênios de assistência médica com a previdência social e com empresas privadas, que segue se desenvolvendo após a ditadura. Dados do PNAD (Tabela 4) mostram que em 2008 66% dos titulares de planos de saúde fizeram contratos através do trabalho: 4,9 milhões de servidores públicos e 10,6 milhões de profissionais do setor privado, somando 15,5 milhões de titulares. Em contrapartida 6,1 milhões de titulares adquiriram planos diretamente, sem intermediação de convênio-empresa, sindicato ou cooperativa.

Segundo estudos do IPEA (OCKÉ-REIS, 2013) o gasto tributário com planos de saúde, isto é, o pagamento público aos planos de saúde através de renúncia fiscal, atingiu R\$7,76 bilhões em 2011. Entre 2003 e 2011 o gasto tributário tem contribuído de 9,18% a 11,62% do faturamento do mercado de planos de saúde.

Tabela 5: Proporção do Gasto Tributário Plano de Saúde/Faturamento do mercado – 2003-2011(R\$ milhões de 2011)

Ano	Gasto Tributário Plano de Saúde	Faturamento	%
2003	4.736	43.880	10,79
2004	5.210	46.294	11,25
2005	5.690	50.032	11,37
2006	6.447	55.479	11,62
2007	7.087	65.044	10,90
2008	7.636	71.398	10,69
2009	7.229	74.230	9,74
2010	7.428	79.439	9,35
2011	7.767	84.649	9,18

Fonte: Receita Federal do Brasil e ANS
Deflator IPCA (IBGE)

Em relação ao gasto tributário total com saúde, somatória da renúncia fiscal do IRPF sobre despesas com saúde de pessoas físicas, seguido do gasto associado ao IRPJ, que se refere à renúncia do imposto sobre as despesas médicas, odontológicas e farmacêuticas dos empregadores, do gasto tributário relativo à indústria de medicamentos e aos hospitais filantrópicos, o estudo do IPEA mostra que o gasto tributário com planos de saúde é o mais expressivo atingindo 49,14% do Gasto Tributário Saúde em 2011 (Tabela 6), ultrapassando 60% da renúncia fiscal do IRPF em 2009, 2010 e 2011 (Tabela 7).

Tabela 6: Participação Percentual, Gasto Tributário Saúde e Gasto Tributário Plano de Saúde – 2003-2011 (R\$milhões)

Ano	Gasto Tributário Saúde	Gasto Tributário Plano de Saúde	%
2003	7.172	3.102	43,25
2004	8.819	3.672	41,64
2005	9.563	4.239	44,33
2006	12.453	4.953	39,77
2007	12.185	5.688	46,68
2008	13.770	6.490	47,13
2009	13.595	6.409	47,14
2010	14.422	6.975	48,36
2011	15.807	7.767	49,14

Fonte: Receita Federal do Brasil

Elaboração DIEST-IPEA

Tabela 7: Gasto Tributário Plano de Saúde IRPF 2003-2011 (R\$milhões)

Ano	Gasto Tributário Plano de Saúde	%
2003	1.940	53,80
2004	2.363	51,83
2005	2.736	54,99
2006	3.232	55,95
2007	3.586	55,11
2008	4.309	57,29
2009	4.132	60,82
2010	4.318	63,38
2011	4.830	62,60

Fonte: Receita Federal do Brasil

Elaboração DIEST-IPEA

Esta forte pressão do mercado de planos de saúde fez com que, entre 2006 e 2009, o crescimento real do gasto tributário com planos ultrapassasse o crescimento do Gasto Federal Saúde (Tabela 8 e Figura 1), isto é, aumentou o peso do financiamento público da cobertura de planos privados.

Tabela 8: Taxa e crescimento real: Gasto Federal Saúde e Gasto Tributário Plano de Saúde – 2003-2011 (R\$ milhões de 2011)

Ano	Gasto Federal Saúde	Índice	Gasto Tributário Plano e Saúde	Índice
2003	41.495	100	4.736	100
2004	46.399	112	5.210	110
2005	49.865	120	5.690	120
2006	53.038	128	6.447	136
2007	55.200	133	7.087	150
2008	57.263	138	7.636	161
2009	65.725	158	7.229	153
2010	65.993	159	7.428	157
2011	70.101	169	7.767	164

Fonte: Ministério da Saúde; Receita Federal do Brasil. Elaboração DIEST-IPEA
Deflator IPCA (IBGE)

Figura 1: Crescimento real do Gasto Tributário Plano de Saúde e Gasto Federal Saúde 2003-2011 (Índice x ano)

Fonte: Ministério da Saúde; Receita Federal do Brasil. Elaboração DIEST-IPEA
Deflator IPCA (IBGE)

Neste contexto evidencia-se a indução do crescimento do mercado de planos de saúde através da renúncia da arrecadação fiscal, em detrimento do financiamento do Sistema Único de Saúde, favorecendo os estratos superiores de renda e a mercantilização da saúde.

III.2.4 INIQUIDADES DE ACESSO E CONSUMO

Como um benefício oferecido por empregadores, negociado pelas entidades sindicais aos seus associados, ou obtido através de contratos coletivos de associações e cooperativas de trabalho, o mercado de trabalho abriga o maior volume de venda de planos de saúde. Este fator cria uma clivagem que segmenta os usuários do sistema de saúde entre os que possuem posições no mercado de trabalho que propiciam o benefício de convênios e planos de saúde, e aqueles que não. A clivagem é dada pelo mercado, que institui uma base comum entre o público e o privado que diferencia quem tem acesso ao subsistema privado, majoritariamente através de vínculos de trabalho, e quem recorre exclusivamente ao sistema público. Nessa base comum o SUS é tido como provedor de produtos e serviços tal qual o subsistema privado. Mesmo que o Sistema Único de Saúde tenha um amplo espectro de atribuições e responsabilidades para com a saúde da população, onde o provimento de assistência médica hospitalar e serviços de diagnose e de apoio são apenas uma parte, este torna-se o sentido dominante, o centro definidor da segmentação, que neutraliza o sentido de direito à saúde fundante do SUS. Este sentido restrito instituído pelo mercado está presente nos quadros comparativos do CNES e AMS-IBGE vistos acima, de oferta de estabelecimentos, leitos e recursos por prestador

público, privado e privado disponível para o SUS, assim como na segmentação dos usuários, a partir da segmentação do sistema de saúde, entre “*SUS dependentes*” e “*pagantes*”, tal como define Ligia Bahia:

“Trata-se de obter a equivalência dos planos e seguros de saúde privados ao SUS por meio da operação de uma brutal homogeneização de sentidos, valores e práticas que são completamente diferenciados. Para tanto, o SUS é transfigurado. Seu sentido precípua, o de projeto institucional para a efetivação da garantia do direito à saúde, é subtraído. Resta-lhe, então, desempenhar o papel de transferir recursos e pagar serviços de saúde.” (BAHIA, 2008).

O que diferencia as categorias nessa segmentação é onde o consumidor obtém os serviços: o prestador privado ou público. O objeto é o mesmo, mas o provimento é diferenciado. Essa diferenciação, como veremos na análise das representações pesquisadas, desqualifica a prestação pública. A segmentação do sistema corrompe a base universalista da saúde como direito e reforça a perspectiva de discriminação da população mais pobre sem acesso a convênios através do trabalho, para a qual o sistema público é única alternativa, o “*SUS dependente*” (COHN, 2009; BAHIA, 2009). *“O rebaixamento do SUS à condição de comprador de serviços elimina, quase que automaticamente, quaisquer outras ilações sobre as relações entre o público e o privado no sistema de saúde brasileiro que não aquelas relativas ao uso de procedimentos médicos hospitalares em estabelecimentos da rede pública.”* (BAHIA, 2009).

Com isso, evidenciam-se as iniquidades produzidas pelo caráter misto publico-privado do sistema de saúde, onde os clientes dos planos privados acabam sendo os que mais consomem serviços de saúde no país:

- a) A oferta global de produtos para os clientes de planos e seguros privados é muito maior que a oferta para os “*SUS dependentes*” (SANTOS, 2008; UGÁ, 2007).
- b) Uma parcela significativa de clientes de planos privados também consomem atendimentos, exames, internações e procedimentos de alta complexidade através do SUS.
- c) 72% dos prestadores hospitalares que atuam na saúde suplementar também prestam serviços ao SUS, ocorrendo variados tipos de distorções reunidas sob o efeito da “dupla porta de entrada”, quando se estabelecem relações promíscuas nessa duplicidade com financiamento do SUS, provendo facilidades, privilégios e prioridades aos clientes dos planos privados. (SANTOS, 2008).
- d) O Brasil destina pelo menos duas vezes mais recursos financeiros para quem está vinculado aos planos e seguros de saúde do que para as ações universais (BAHIA, 2009).
- e) Há diferenças regionais quanto à oferta de serviços públicos, privados, e privados disponíveis para o SUS, reforçando iniquidades regionais como vimos anteriormente (SANTOS, 2008).

O quadro da cobertura populacional de planos privados nas diferentes regiões mostra diferenças, inclusive entre os Estados de uma mesma região, que entram na composição de fatores geradores de iniquidades, lembrando que a própria presença do mercado e da segmentação são desagregadores da saúde como direito social (Tabela 9).

Tabela 9: Cobertura de Planos de Saúde por Região e Estados em 2008 (mil hab.)

REGIÃO	População	Com Plano	%	UF	População	Com Plano	%
SUDESTE	79801	28445	35,6	SP	40764	16358	40,1
				RJ	15685	5332	34,0
				MG	19904	5836	29,3
SUL	27556	8269	30,0	RS	10860	3669	33,8
				PR	10605	2864	27,0
CENTRO-OESTE	13778	3394	24,6	DF	2526	803	31,8
				GO	5870	1458	24,8
				MT	3010	523	17,4
NORDESTE	53492	7045	13,2	BA	14561	2201	15,1
				PE	8745	1322	15,1
				CE	8472	1158	13,7
				AL	3173	292	9,2
				MA	6400	385	6,0
NORTE	15327	2032	13,2	AM	3399	438	12,9
				PA	7367	1009	13,7

Fonte IBGE – PNAD 2008

III.2.5 SUBFINANCIAMENTO, FOCALIZAÇÃO E PRECARIZAÇÃO

Essas importantes desigualdades observadas na oferta e utilização de serviços a favor da população com plano de saúde, também podem ser analisadas sob o ponto de vista do subfinanciamento do SUS. *“A generosidade do mandamento jurídico da saúde como direito de todos e dever do Estado não foi sustentada, na Constituição Federal, por uma base material que garantisse um financiamento público compatível com a universalidade.”* (MENDES, 2013).

Apesar de tratar-se de um sistema nacional de saúde, ele conta com um financiamento que é minoritariamente público. Dados do IBGE mostram que de 2000 a 2009 os gastos públicos oscilaram entre 37,4% do consumo total em 2001 a 42,3% do consumo total de Bens e Serviços de Saúde em 2009 (Tabela 10):

Tabela 10: Gasto Público e Privado com Consumo de Bens e Serviços de Saúde entre 2000 e 2009 (% do PIB)

SETOR	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Consumo Total	8,1	8,3	8,4	8,1	8,1	8,0	8,3	8,3	8,1	8,5
Adm. Pública	3,1	3,1	3,3	3,2	3,2	3,1	3,4	3,3	3,3	3,6
Famílias	4,9	5,1	5,0	4,8	4,8	4,8	4,9	4,8	4,7	4,8
Instituições sem fins lucrativos	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1

Fonte: IBGE – Coordenação de Contas Nacionais

Alguns autores como Jairnilson Paim e Eugênio Vilaça consideram que essa condição inviabiliza a universalidade. Observam que todos os países que possuem sistemas universais de saúde apresentam uma estrutura de financiamento em que os gastos públicos em saúde são acima de 70% dos gastos totais. A OMS divulgou em 2011 dados globais referentes a 2008 em que o Brasil apresenta um gasto público por habitante de 385 PPP (*Purchasing Power Parity* calculado pelo Banco Mundial) valor que o coloca entre os 45 governos que menos gasta em saúde por habitante, na 153^a posição em 198 países, embora com o 9º maior PIB do planeta em 2008 (OMS, 2011). Esse contraste corresponde a uma condição que caracteriza o Brasil como um dos lugares de maior desigualdade e exclusão social do mundo em que a apropriação privada da riqueza social é extremamente concentrada e a parcela destinada à proteção social é um peso do qual o Estado tende a se desresponsabilizar. Por outro lado estes dados comparativos também mostram que os países que possuem sistemas universais de saúde na Europa, Canadá e inclusive o Japão, têm em comum histórias com raízes profundas de construção de cidadania e soberania nacional (Tabela 11). Espanha e Portugal, que atravessaram processos que dificultaram o exercício da soberania e direitos civis e políticos, constituíram sistemas universais de saúde tardiamente a partir da queda do Franquismo e do Salazarismo nos anos 70.

Tabela 11: Gastos Totais e Gastos Públicos com Saúde por países em 2008

País	Gasto Total (%PIB)	Gasto Público / Gasto Total %		Gasto Total por habitante (PPP intl)	Gasto Público por habitante (PPP intl)
AMERICA LATINA					
Argentina	7,4	71,3		1062	757
Uruguai	7,8	63,1		982	619
Chile	7,5	44,0		1088	479
Cuba	12,0	90,9		495	473
Colômbia	5,9	83,9		517	434
México	5,9	46,9		837	393
Brasil	8,4	44,0		875	385
Venezuela	5,4	44,9		683	307
Peru	4,5	59,4		381	226
Equador	5,7	39,5		466	184
Bolívia	4,5	65,7		194	128
Paraguai	6,0	40,1		281	113
EUROPA		2000	2008		
Noruega	8,5	76,2	78,6	5207	4091
Holanda	9,9	63,1	75,6	4233	3188
Alemanha	10,5	79,8	74,6	3922	2927
França	11,2	79,4	75,9	3851	2922
Suécia	9,4	84,9	78,1	3622	2829
Reino Unido	8,7	79,3	82,6	3222	2662
Itália	8,7	72,5	76,3	2836	2164
Espanha	9,0	71,6	69,7	2941	2049
Portugal	10,6	72,5	67,4	2578	1737
AMERICA DO NORTE					
EUA	15,2	43,2	47,8	7164	3426
Canadá	9,8	70,4	69,5	3867	2688
Japão	8,3	81,3	80,5	2817	2268

Fonte: OMS World Health Statistics 2011

Embora o SUS tenha se inspirado nos sistemas universais de saúde, e sobre esse paradigma tenha instituído um arcabouço legal, esse quadro da OMS permite observar o financiamento público do SUS num patamar equivalente ao México, Chile e Venezuela cujos gastos públicos estão entre 44% e 47% dos gastos totais, semelhante ao modelo americano focalizado na assistência médica à pobreza e à

velhice, cujo patamar de financiamento público de saúde também está entre 43% em 2000 e 47% em 2008.

Podemos ver no Brasil que, concomitante à instauração do SUS, a diretriz universalista da Reforma Sanitária vai sendo substituída por um processo de focalização de políticas públicas para as camadas mais pobres da população.

“Com a estrutura vigente de gastos públicos em saúde não se pode pretender consolidar o SUS como direito de todos e dever do Estado. Essa é a razão fundante da segmentação do sistema de saúde brasileiro que poderá fazer de nosso sistema público de saúde, no longo prazo, um sistema de assistência à saúde para as classes mais baixas e um resseguro para procedimentos de alto custo para as classes médias e para os ricos.” (MENDES, 2013)

“Ninguém poderá, hoje, afirmar com segurança se teremos um sistema único ou uma rede estatal reduzida para atender populações carentes com programas focais.” (CAMPOS, 2008).

“O subfinanciamento público e os estímulos aos planos privados de saúde, inclusive ampliando o seu mercado mediante a inclusão de funcionários públicos e da chamada “classe C”, apontam para a reprodução de um SUS pobre para os pobres e complementar para o setor privado.” (PAIM, 2012).

O subfinanciamento na saúde é concomitante ao crescimento de políticas sociais assistencialistas focalizadas, voltadas para a redução da pobreza, tendo o Bolsa Família como programa permanente de transferência de renda desde 2003. Num contexto social que privilegia a assistência especializada e hospitalar, que como vimos cresce com a segmentação do sistema em função do mercado, a Atenção Básica, embora idealizada como porta de entrada prioritária onde mais de 80% das necessidades poderiam ser atendidas, é a que mais sofre o subfinanciamento federal (SANTOS, 2013). Com isso, ao invés da construção de um provimento universal de

qualidade na Atenção Básica, *“a cobertura efetiva oscila entre 30 a 40% da população e sua qualidade e resolutividade permanecem muito baixas, mantendo na média nacional um caráter focalizado na Atenção Básica de baixo custo para as camadas mais pobres”* (SANTOS, 2013).

A adoção do PSF como estratégia da Atenção Básica também tem foco nas camadas mais pobres da população, como forma de acesso de agentes de saúde a um público carente de assistência médica. Embora a Estratégia de Saúde da Família possa apresentar potencialidades para a produção de cuidado por ampliar as possibilidades de encontros e arranjos entre usuários e profissionais, e pela inclusão de pessoas das comunidades dentro do serviço, a focalização voltada para a população de baixa renda como estratégia compensatória para a carência de assistência médica, se opõe à universalidade do acesso como direito social. Os programas federais voltados para estabelecer mecanismos de controle de qualidade como o PMAQ, processos de qualificação profissional e ações de apoio matricial, como o NASF, buscam potencializar a resolutividade da assistência, mas não impedem o PSF de se configurar, conforme a inclinação da gestão municipal, como um instrumento preventivista para o controle de variáveis na população (pressão arterial, glicemia, sobrepeso, pré-natal, amamentação, exames precoces, vacinas, entre outros) restrito a um espectro prioritário de doenças, agravos e demandas por segmento da população, para a padronização de condutas e melhoria de indicadores estatísticos. Essa matriz verticalizada preventivista, cuja crítica faz parte da construção do campo da Saúde Coletiva sobre o qual se assenta o projeto do SUS (AROUCA, 1970), é problematizada por Amélia Cohn:

“no geral se configuram como políticas conservadoras, normativas do comportamento dos “pobres” (daí a nocividade do conceito SUS dependente), e que invadem a esfera privada da vida social dessas famílias, exercendo sobre elas um controle quase que absoluto por parte do poder público. É o caso do cadastramento e do acompanhamento do Saúde da Família, em que os agentes comunitários de saúde monitoram as famílias (os domicílios) a partir da legitimidade social que lhes confere o fato de aí residirem, sendo porém naquele momento agentes do Estado” (COHN 2009)

Outra face do subfinanciamento da saúde é a face do trabalhador do SUS. Há uma generalizada limitação para a contratação e remuneração, além da ausência de uma política de pessoal do SUS (CAMPOS, 2009, 2008). Disso decorre também a precarização das relações de trabalho, a entrada de pessoal terceirizado e a apropriação de vagas de trabalho por políticos. No caso da saúde fica evidente como a lei da Responsabilidade Fiscal que limita a ampliação do quadro de pessoal estatutário com o objetivo de enxugamento da máquina estatal, se volta contra a prestação pública e o direito a saúde (SANTOS, 2013). Essa condição geral contrária ao desenvolvimento e qualificação do trabalho, atua negativamente sobre o valor do trabalho e o vínculo do profissional com o SUS e com o usuário.

III.2.6 MERCADO DESREGULADO, PRIVATIZAÇÃO DO PÚBLICO E O ESTADO ANTI-SUS

Se a segmentação do sistema de saúde se apresenta pelo fomento estatal à empresa privada, pelo incentivo ao consumo de planos de saúde, pelo

subfinanciamento do subsistema público que favorece a focalização da prestação, desqualifica a Atenção Básica e cria uma segregação entre os níveis de atenção, por outro lado o setor privado se acomoda livremente às demandas de um mercado desregulado: um mercado concentrado de operadoras tendente ao monopólio que têm sob contratos estritamente comerciais uma massa de prestadores hospitalares. 62% destes são hospitais de pequeno porte e 70% são também provedores de leitos para o SUS.

Gerschman e Ugá detectam que os hospitais privados conveniados com o SUS, em particular uma massa de 4,7 mil hospitais de pequeno porte, são os que menos investem na qualidade assistencial e não se percebem como pertencentes a nenhuma rede, nem privada, nem do SUS. É praticamente nula qualquer microrregulação da qualificação da assistência que o SUS ou as operadoras de planos de saúde exercem sobre os hospitais. Verifica-se a ausência de estruturas de qualificação da gestão da clínica cujo monitoramento resume-se a indicadores de produção, tempo médio de permanência e taxa de ocupação de leitos, de infecção hospitalar e de mortalidade geral (GERSCHMAN e UGÁ, 2012; UGÁ, 2007).

“o SUS conservou e permitiu a reprodução da cultura liberal-privatista, de composição do público com o privado, com baixo grau de cogestão ou mesmo de regulação destas relações.” (CAMPOS, 2009)

Por um lado o crescimento do setor privado se deu a revelia da Reforma Sanitária, estabelecendo canais próprios de relação com o Estado e com o mercado. Por outro lado o próprio campo da Saúde Coletiva dedicou-se à construção do SUS nascente com enormes demandas, concentrando sua produção na formulação de políticas e estratégias voltadas para o sistema público. O papel “complementar” do setor privado

disposto constitucionalmente não foi objeto de definição por nenhuma instância. A Saúde Coletiva se estabeleceu em oposição ao sistema privado e às implicações que este traz no seu bojo, apresentando um outro campo para se conceber saúde, modelos de atenção, gestão e sistema. Essa oposição segue sendo um divisor de águas como coloca Paim: *“caberia analisar quais forças políticas e sociais defendem efetivamente o SUS, de acordo com os princípios e diretrizes dispostos na legislação, e quais se aproveitam das suas fragilidades para ampliar a mercantilização e a privatização, diante das ambiguidades e omissões da regulação estatal.”* (PAIM, 2012).

Dessa forma o setor privado viu-se livre de qualquer intervenção estatal, e o SUS não se ocupou da regulação da prestação mercantil. O fato da necessidade de regulação vir à tona e gerar uma produção que preconiza projetos regulatórios abre um precedente pois, ao se formalizar regras de funcionamento do subsistema privado, define-se um lugar para ele. Como não há interesse do setor privado em submeter-se à intervenção estatal, nem há um projeto político no campo da Saúde Coletiva, ou dos movimentos sociais, que defina o lugar e o papel do subsistema privado, a tendência é que medidas regulatórias possam ser adotadas nos marcos do gerencialismo, para aprimorar processos de mercantilização da assistência médico-hospitalar no país, melhorar a qualidade da informação, dos controles de produção e dos fluxos financeiros entre os subsistemas.

Além desse conjunto complexo de fatores que condicionam o provimento público num contexto de segmentação do sistema de saúde, o Estado, que supostamente, segundo o modelo do *welfare state* no qual se baseia o SUS, deveria ser o protetor dos direitos sociais, em particular o direito à saúde, apresenta-se como

obstáculo a que esse direito realmente exista, relegando-o a uma condição de mera virtualidade jurídica.

De um lado a rigidez da estrutura administrativa e burocrática do Estado impõe lentidões extremamente centralizadas à gestão da coisa pública, diante do que a necessidade de saúde do usuário torna-se secundária. Há uma crise de legitimidade das organizações estatais pela baixa eficácia e eficiência. A apropriação privada dos bens públicos e o clientelismo são norma da política instituída à qual o SUS está submetido principalmente na esfera municipal. O profundo descontentamento com este Estado e esta política reforçam as tendências anti-Estado disseminadas por amplos segmentos da sociedade, desvalorizando ainda mais o que é público, a administração pública e a saúde pública.

Essa crise política favorece interesses privatistas que vão ampliando mercado e ocupando espaços no interior do Estado. A privatização do público orienta a transferência da gestão dos serviços para empresas ou organizações privadas como OSs ou OSCIPs num processo acelerado de desobrigação do Estado em relação à produção para afirmar-se como comprador no mercado. Nesse processo o direito social evapora, há uma despolitização das relações de interesse e as decisões públicas são guiadas pela lógica da eficiência empresarial. Em nome da crítica ao Estado, à morosidade e ao engessamento institucional, as organizações privadas trazem a racionalidade própria do mercado para o interior dos serviços públicos de saúde. Essa privatização do público não se assenta exclusivamente na terceirização dos serviços. A própria gestão pública vai sendo colonizada pelo gerencialismo permeando políticas e programas, como coloca Amélia Cohn:

“Como consequência, tem-se um esvaziamento da dimensão da política a favor da dimensão técnica na formulação e implementação dessas mesmas políticas e programas, privilegiando-se a dimensão da gerência em detrimento da dimensão da gestão, a dimensão da relação custo/efetividade em detrimento da dimensão da eficácia social, e das metas de cobertura em detrimento da dimensão do acesso e da acessibilidade aos serviços e produtos de saúde.” (COHN, 2009).

Estrangulada entre heranças arcaicas de um Estado de formação predominantemente patrimonialista e autoritária, e a privatização predatória do bem público pelos mercadores da era pós-moderna, a saúde nunca chega efetivamente a ser protegida como direito do cidadão. Segundo Nelson Rodrigues dos Santos é o mercado que adquire prioridade: *“O Estado brasileiro acabou revelando na saúde, mais o seu lado de aparelho criador de mercado para os direitos do consumidor, do que implementador das diretrizes constitucionais para os direitos sociais de cidadania.” (SANTOS, 2013).*

Ao refletir sobre essa condição em que o mercado tem prioridade sobre os meios de produção e consumo social em saúde, Emerson Mehry chama a atenção para *“o quanto o modo de organizar a capacidade de produção das redes de cuidado, através do Sistema Único de Saúde, tem sido governado por essa lógica, e o quanto essa lógica vem ordenando a sua estruturação.”* Portanto a dimensão político-econômica posta pela segmentação do sistema se reproduz na própria estruturação dos meios de trabalho e no provimento público dos serviços pelo SUS, *“que se tornou, de fato, complementar do setor privado vendedor de procedimentos e, também, suplementar às operadoras de planos de saúde.” (MEHRY, 2012)*

III.3 CONSTRUÇÃO CIDADÃ E SISTEMA NACIONAL DE SAÚDE

Esta lógica a que se refere Mehry, que estrutura a própria prestação do SUS, não ignora somente o direito a saúde: tomando a Constituição Cidadã como referência, a cidadania no Brasil é constantemente ignorada. Sentimos hoje as implicações desta lógica numa condição econômico-político-social de burla das leis do país, onde uma confluência de fatores, quando não dificulta, minimiza o exercício de direitos. Analisaremos a seguir três condições históricas envolvidas na produção dessa lógica:

- a) Uma história de déficits em relação ao marco da tradição moderna, à construção da cidadania, ao exercício de direitos civis e políticos, de primeira geração, e de direitos sociais e econômicos, de segunda geração, e à constituição de um Estado nacional soberano no Brasil.
- b) A crise da modernidade nas sociedades contemporâneas no contexto da globalização e hegemonia dos mercados na sociedade de consumo, deslocamento do Estado nacional e crise do *welfare state*.
- c) A contradição entre o projeto de sujeito-cidadão preconizado pela Reforma Sanitária Brasileira e a produção social de identidades através do consumo nas sociedades contemporâneas, em detrimento dos vínculos coletivos próprio dos processos de participação cidadã.

O processo tardio de desenvolvimento da cidadania no Brasil é tributário de uma herança colonialista e escravocrata, que inaugura a entrada na modernidade com uma população analfabeta, uma economia monocultora e latifundiária e um Estado absolutista. Até 1930 “*era uma cidadania em negativo (...) O povo não tinha lugar*

no sistema político, seja no Império, seja na 1ª. República.” (CARVALHO, 2010).

Se a escravidão e a grande propriedade rural eram os principais obstáculos à cidadania, no início do século XX a forte perseguição aos anarquistas e comunistas, deixava às lutas da recente classe operária um caráter eminentemente econômico: direitos civis, políticos e sociais, que fundam a tradição cidadã moderna, estavam fora de pauta.

Entre 1930, quando se iniciam os primeiros ensaios de participação política, e 1986 que marca o início da redemocratização, o país viveu três décadas sob regime ditatorial, oito anos de Estado Novo e vinte e dois anos de Ditadura Militar, com direitos civis e políticos violados. Paradoxalmente nestes períodos ditatoriais foram implantados direitos sociais trabalhistas, previdenciários, assistenciais e de educação pública.

No período da primeira experiência democrática no país a partir da Constituinte de 46, o populismo comandado por Vargas, cuja influência política alcança todo o período até o golpe militar de 64, reafirma e institui uma condição de dependência do cidadão ao paternalismo político: *“fazia com que os direitos não fossem vistos como tais, mas como um favor em troca do qual se deviam gratidão e lealdade. A cidadania que daí resultava era passiva e receptora.”* (CARVALHO, 2010). Esses três traços históricos constroem uma *“cultura orientada mais para o Estado do que para a representação, é o que chamamos estadania em contraste com a cidadania.”* (...) *“cria-se a imagem, para o grosso da população, da centralidade do Executivo”*. *“O estado é sempre visto como todo-poderoso (...) distribuidor paternalista de empregos e favores. A ação política é sobretudo orientada para a negociação direta com o governo”* (CARVALHO, 2010). Neste contexto podemos

compreender como na atualidade “*o direito à saúde, já assimilado parcialmente pela população e considerado pela mídia e pelo Judiciário, não é reconhecido como uma conquista política, mais parecendo uma dívida do Estado ou de governos*” (PAIM, 2008).

No Brasil nunca foi possível ser cidadão de uma nação soberana, dada a submissão histórica originalmente à Portugal, depois à Inglaterra e posteriormente aos EUA e ao FMI. A partir dos anos 80 a redemocratização do país encontra o Estado-nação enfraquecido, como em todo planeta nesta era globalizante, a reboque de esferas de poder supranacionais. No final do sec. XX Hobsbawm observa que “*os Estados-nação territoriais, soberanos e independentes, inclusive os mais antigos e estáveis, viram-se esfacelados pelas forças de uma economia supranacional ou transnacional*” (HOBBSAWM, 1995). As ordens do FMI ao governo do Lula se iniciam durante as eleições presidenciais de 2002 quando é selado o compromisso do futuro governo para com a dívida bilionária acumulada com os credores internacionais. Enquanto outros países negociaram a dívida por um quarto do valor nominal, como a Argentina, o governo brasileiro acatou o FMI e pagou 100%, multiplicando a sua dívida interna para satisfazer a “cartilha” estabelecida pelo fundo. A obediência do governo brasileiro gerou a aprovação entusiasmada dos dirigentes dos EUA, Alemanha e França, e foi comemorada por toda a sociedade brasileira. Em 2009 “***o Brasil é convocado para aumentar sua participação no FMI de US\$10 bilhões para US\$14,5 bilhões em um esforço mundial para salvar os países em dificuldades financeiras***”. Em 2012 a pressão aumenta e “***O Brasil é novamente convocado pelo FMI para fazer um aporte adicional para ajudar os***

países em dificuldades na zona do Euro”. (O GLOBO, 2013) Esse processo de submissão dos Estados ao mercado global, como aponta José Murilo de Carvalho “*produz uma mudança das identidades nacionais existentes, afeta a natureza dos antigos direitos e reduz a relevância do direito de participar*” (CARVALHO, 2010). Neste contexto global de deslocamento do centro de decisão para alhures, isto é, de redução do poder e alienação da cidadania, o SUS não foi sustentado por aquele cidadão moderno e participante ativo dos processos de construção da nação democrática, preconizado na VIII Conferência Nacional de Saúde em 1986.

há uma população que luta mais e com maior consciência para transformar essa sociedade, visando a um nível de vida melhor, um bem-estar condizente com o crescimento acelerado da civilização tecnológica. Isto é o que queremos.

(...)

que o nosso povo viva e cresça mais e que tenha menos medo; que trabalhe melhor e participe cada vez mais da criação do nosso futuro; que esta Nação se autodetermine e crie um grande projeto brasileiro. (AROUCA, 1987)

O projeto do SUS insere-se no contexto de um movimento de autodeterminação nacional e transformação social criador de “*um grande projeto brasileiro*” o que qualifica o projeto do SUS como um projeto civilizatório com implicações sobre todas as esferas da sociedade e do Estado:

“Portanto, é a esse Estado – Estado como povo, como território, como nação – que cabe garantir o direito à saúde do seu povo. Esta é a primeira grande questão. Outra grande questão é que a reforma sanitária deve ser ampla.”

(...)

“era fundamental, também, a mudança no setor saúde, como seria fundamental uma mudança no setor urbano, agrário, financeiro e econômico.” (AROUCA, 1987).

Certos da inexorabilidade das transformações engendradas nos processos históricos que conduziram à Constituição Cidadã de 88, a VIII Conferência vislumbrava um futuro distinto do que se verificou um quarto de século depois. *“É como se estivéssemos andando numa maria fumaça ofegante, lenta, soltando fumaça, quase que caindo pelas beiras da estrada e, sem parar, a transformássemos numa grande locomotiva que nos levasse para o futuro.”* (AROUCA, 1987).

Por um lado o SUS busca estabelecer um campo de cidadania, trazendo um projeto de exercício do direito à saúde, nos marcos do capitalismo, a exemplo de países capitalistas europeus, do Estado de Proteção Social e da democracia, isto é, nos marcos da tradição civilizatória moderna, no interior de uma sociedade que apresenta fragilidades históricas na sua construção democrática e cidadã. Por outro lado essa mesma sociedade se atualiza num contexto histórico global de declínio desta modernidade, que na última década do século XX já havia se estabelecido como uma nova ordem mundial (BAUMAN, 2009 p. 136; HOBBSAWM, 1995 p. 20).

O projeto da Reforma Sanitária Brasileira apostou no desenvolvimento da cidadania no Estado pós Constituinte. Previa a inclusão na cena política de *“sujeitos oriundos das lutas sociais contra a ditadura e a favor do reconhecimento dos direitos sociais pelo Estado brasileiro, viabilizando o protagonismo de outros atores políticos na conjuntura, passíveis de apostar no desenvolvimento da cidadania no Estado moderno.”* (PAIM, 2008)

Segundo Sonia Fleury (TEIXEIRA, 1989) tal desenvolvimento da cidadania se daria no setor saúde através da:

- a) Ampliação da consciência sanitária com o desenvolvimento do campo da Saúde Coletiva e do paradigma da determinação social do processo saúde-doença;
- b) Construção de uma nova ética do trabalho em saúde;
- c) Construção de alianças políticas na luta pelo direito à saúde;
- d) Criação de instrumentos de gestão democrática e controle social sobre o sistema de saúde;

O Movimento da Reforma Sanitária Brasileira previa que a incorporação das demandas sanitárias pelo Estado se tornaria *“um elemento ativo na conformação de identidades políticas e sociais, isto é, no desenvolvimento subsequente da luta política”* (TEIXEIRA, 1989). Ao contrário do que se previa, Paim enfatiza que *“o processo da Reforma Sanitária tem sofrido as consequências do **fantasma da classe ausente, uma vez que o contexto de democratização não contribuiu para a constituição das classes populares como sujeito político.**”* (PAIM, 2008)

Caracteriza o período pós-Constituinte como de refluxo da luta política, avanço do neoliberalismo, e de *“início da Reforma do Estado na contramão da Reforma Democrática postulada pelo projeto da Reforma Sanitária Brasileira”*, e conclui que *“Não obstante o aparecimento de grandes centrais sindicais e o crescimento do PT, ocupando governos municipais e estaduais, inclusive a Presidência da República, essas ‘identidades sociopolíticas’ não parecem ter contribuído para a sustentação e desenvolvimento da Reforma Sanitária Brasileira.”* (PAIM, 2008)

III.4 MATRIZ DO DIREITO A SAÚDE

Dado que a Reforma Sanitária Brasileira e o SUS erguem-se sobre a noção de saúde como direito, antes de nos debruçarmos sobre a análise das transformações sociais em que o SUS é construído nestes 25 anos, é preciso rever como o direito à saúde entra na agenda da modernidade.

O direito à saúde é uma construção histórica, filiada ao pensamento liberal desenvolvido na Europa nos séculos XVII e XVIII que erigiu as bases jurídicas da modernidade na forma dos direitos do homem e do cidadão, cuja matriz está na concepção de um indivíduo autônomo e prioritário em relação ao todo social, titular de um direito subjetivo oposto ao poder do Estado (LOCHAK, 2005 p. 4, 7). Como analisa Danièle Lochak, aqui reside já uma contradição inerente ao direito à saúde: de um lado temos sua filiação liberal como “direito do homem” e de outro seu caráter econômico, coletivo e dependente do Estado. Em contradição com sua matriz liberal, os direitos econômicos requerem a intervenção ativa do Estado, a mobilização de meios materiais e o estabelecimento de serviços públicos. O Estado de proteção social, provedor de prestações positivas, aumenta os impostos, que restringem a liberdade de cada um de dispor dos seus ganhos como bem entenda e estreita o campo da autonomia individual (*Op cit* pp. 42, 43).

A observação dessa natureza contraditória do direito à saúde é importante para compreender sua falibilidade diante dos efeitos da sociedade de consumo que entre outros aspectos aprofunda as tendências de individualização. Os casos de judicialização do direito à saúde no Brasil são uma amostra dessa tendência. Diante da falibilidade do direito coletivo e da falta de sustentação deste pelo exercício da

cidadania, o judiciário é uma via para que o indivíduo seja ouvido em sua necessidade de saúde, pela afirmação do seu direito individual contra o Estado.

Outro aspecto marcante na genealogia do direito à saúde reside no fato da sociedade produzir uma população de desprovidos que necessita assistência para sobreviver. Embora a Declaração dos Direitos do Homem de 1793 já mencione a proteção aos cidadãos “desvalidos”, somente em 1848, dada a pauperização da classe operária, esse sentido de dívida da sociedade para com seus membros é formalizado constitucionalmente: daí emergem o direito ao trabalho, o seguro contra o adoecimento, o desemprego, a velhice, o direito a uma habitação decente (*Op cit* pp. 39). Nessa medida essa genealogia já indica o advento dos direitos econômicos como um paliativo para sobrevivência da população pobre. O direito à saúde já nasce num contexto compensatório para dar conta dos efeitos da pobreza gerada pela sociedade capitalista. Na sua origem, principalmente a partir da segunda metade do século XIX, os direitos sociais foram sustentados por uma classe operária que se projeta como vanguarda de movimentos políticos por toda a Europa constituindo poderosas organizações de classe, realizando revoluções sociais e estabelecendo em todo o planeta um referencial de classe para a defesa de direitos do homem e do cidadão. Com o fim desse ciclo, a partir das transformações sociais do final do século XX, não há mais esse referencial de classe, e os direitos sociais não têm mais a sustentação política de outrora, encontrando, no contexto da sociedade de consumo e de crise da modernidade, uma condição radicalmente distinta cujos desdobramentos podemos hoje testemunhar.

III.5 CRISE DA MODERNIDADE E SOCIEDADE DE CONSUMO

As análises vistas anteriormente, que apontam a falta de sustentação de um “*projeto civilizatório*” tal como o da Reforma Sanitária Brasileira, demandam uma compreensão das transformações sociais contemporâneas ao declínio de uma modernidade que atingiu seu ápice de desenvolvimento durante o século XX, quando no auge do mundo polarizado, na forma do *welfare state* capitalista e das burocracias totalitárias comunistas, o Estado teve o abrigo de direitos sociais progressivamente alargado. Autores como Anthony Giddens, Ulrich Beck e Zygmunt Bauman irão problematizar essas transformações como uma nova condição de produção e reprodução social, gestada no decorrer do século XX, resultante dos processos de modernização, que, ao mesmo tempo em que se legitima por todo o tecido social e por todo o planeta, desconstrói as próprias bases da tradição moderna. Sob uma ótica ampla, encerrando o sec. XX, os projetos civilizatórios modernos perdem sustentação em todo o globo. Ocorrem mudanças estruturais na sociedade de forma que já não é mais possível o retorno à modernidade perdida.

Os referenciais adotados por Bauman, Beck e Giddens apontam transformações estruturantes da sociedade a partir do final do sec. XX que condicionaram novas formas de inserção social e de construção de identidades, assim como diferentes contornos do Estado Nacional e dos vínculos deste com a sociedade. José Murilo de Carvalho observa a construção da cidadania tradicional moderna como um processo em que “*As pessoas se tornavam cidadãos à medida que passavam a se sentir parte de uma nação e de um Estado... A maneira como se formaram os Estados-nação condiciona assim a construção da cidadania*” (CARVALHO, 2010). No Brasil, além das enormes dificuldades de construção da cidadania, a Constituição

Cidadã de 88 foi promulgada em meio à transformações econômicas e sociais no mundo, que levaram o Estado brasileiro a se orientar mais por condicionantes globais sob poder de grandes corporações, do que pela participação cidadã. No contexto político-econômico-social e global em que as políticas públicas, que trabalham no marco da Constituição, foram sendo implementadas, o projeto constitucional e a realidade instituída distanciaram-se. Neste processo há um contínuo afastamento da sociedade em relação ao Estado, que se reflete no *“fantasma da classe ausente”* ao qual se refere Paim em relação à perda de sustentação política ao projeto do SUS (PAIM, 2008). Esse mesmo *“fantasma”* é observado por Hobsbawm referindo-se à crise da modernidade do fim do século XX:

“Não era uma crise de uma forma de organizar sociedades, mas de todas as formas. Os estranhos apelos a favor de uma ‘sociedade civil’, de uma ‘comunidade’, eram vozes de gerações perdidas a deriva... tais palavras, tendo perdido seus sentidos tradicionais, se haviam tornado frases insípidas. Não restava outra maneira de definir identidade de grupo senão definir os que nele não estavam” (HOBSBAWM, 1995 p. 21).

III.5.1 SOCIEDADE INDIVIDUALIZADA

Esse quadro de falta de mobilização em defesa do SUS apontado por Paim também reflete outro traço característico das sociedades contemporâneas. Esse esvaziamento da *ágora* do Estado-nação se dá num contexto mais geral de enfraquecimento dos vínculos institucionais - de família, classe social e partido político - como desdobramento de rupturas próprias da modernidade (GIDDENS, 1991). Segundo Bauman *“O que foi deixado um pouco fora de foco da atenção do*

público, contudo, embora mereça toda atenção que possa ser obtida, é o papel que quase toda medida de ‘modernização’ tem desempenhado na decomposição e fragmentação contínuas dos vínculos sociais e da coesão comunal” (BAUMAN, 2008 p. 183).

Concomitante ao enfraquecimento dos vínculos institucionais, a produção social de identidade baseada no consumo e no mercado vai configurando uma “*sociedade individualizada*”. Segundo Bauman “*a esfera pública vem sendo colonizada pelos interesses privados, limpa de suas conexões públicas e pronta para o consumo privado, mas dificilmente para a produção de laços sociais*” (BAUMAN 2009 p. 23). Em última análise a “*individualização significa dependência do mercado em todas as dimensões da conduta humana*” (BECK, 2010 p. 195). Com isso parte das responsabilidades antes depositadas em instituições sociais se transferem para o indivíduo na mesma medida em que estas instituições se enfraquecem. Cada vez mais recai sobre o indivíduo o peso de suas escolhas e iniciativas para se virar por conta própria como um consumidor no mercado. Nesta sociedade as pessoas

“são aliciadas, estimuladas ou forçadas a promover uma mercadoria atraente e desejável. Para tanto fazem o máximo possível e usam os melhores recursos que têm à disposição para aumentar o valor de mercado dos produtos que estão vendendo. E os produtos que são encorajadas a colocar no mercado, promover e vender são elas mesmas”. (BAUMAN, 2008 p. 13).

A individualização é tratada aqui como um eixo de organização da sociedade ditado pela supremacia do mercado “*em todas as dimensões da conduta humana*” onde o próprio indivíduo-consumidor é ele mesmo mercadoria. O altíssimo valor de troca dos perfis individuais, interesses pessoais e hábitos de uso, são um exemplo

desse mercado na web, que insta o poder legislativo do país votar em 2014 o Marco Civil da Internet que busca regulamentar, isto é, proteger o uso dessas informações individuais por provedores e empresas de tecnologia.

III.5.2 MODERNIZAÇÃO REFLEXIVA, SISTEMAS PERITOS E REIFICAÇÃO DA SAÚDE

Outro eixo organizador das formas sociais contemporâneas que condicionam a produção e o consumo de bens de saúde repousa sobre a noção de modernização reflexiva, que nos auxilia compreender a supra-incorporação tecnológica na mediação do trabalho médico, que entre outros efeitos conduz à reificação da saúde, que consiste na substituição de um valor abstrato, a saúde, por produtos concretos postos à venda nas farmácias, laboratórios de exames e hospitais. (LEFEVRE, 1991). Intrínseco ao processo de reificação está uma alienação crescente onde a saúde deixa de ser uma propriedade do sujeito para ser incorporada às mercadorias das quais o sujeito é dependente para obtê-la. Esse processo de incorporação tecnológica consiste no próprio êxito da modernidade que se traduz não somente pela adoção da cientificidade como paradigma do conhecimento, mas pela capilarização deste conhecimento científico por todos os meandros da sociedade. A difusão cada vez mais massiva do conhecimento científico através do desenvolvimento das mídias homogeneiza o menu de produtos e procedimentos no mercado para que qualquer um, independente de origem social e escolaridade, possa saber qual é a sua necessidade. Nessa medida a reflexividade na era da modernidade ao passo que incorpora tecnologia no cotidiano das sociedades, aciona uma turbina de necessidades cada vez mais acelerada pela própria reflexividade. *“Diz-se com*

frequência que a modernidade é marcada por um apetite pelo novo, mas talvez isto não seja completamente preciso. O que é característico da modernidade não é uma adoção do novo por si só, mas a suposição da reflexividade indiscriminada” (GIDDENS, 1991 p. 32).

Anthony Giddens aponta os “*sistemas peritos*” como uma característica marcante da reflexividade na era da modernidade: “*Por sistemas peritos quero me referir a sistemas de excelência técnica ou competência profissional que organizam grandes áreas dos ambientes material e social em que vivemos hoje*” (GIDDENS, 1991 p. 35). Como veremos as reportagens sobre Ciência e Tecnologia no Jornal Nacional sempre se iniciam lembrando o espectador que o que será anunciado é produzido neste campo simbólico de expertise, denotando quão fortemente estão estes “*sistemas peritos*” implicados nas representações sociais da saúde. Dessa forma “*os sistemas nos quais está integrado o conhecimento dos peritos influencia muitos aspectos do que fazemos de uma maneira contínua.*” (GIDDENS, 1991 p. 35). Isto é, a própria expertise na qual se apoia aquele conhecimento se estende para a vida cotidiana, e se generaliza influenciando continuamente as ações e ideias sobre saúde, as quais, tributárias desta expertise concentrada alhures, também contribui para os processos de alienação já apontados. “*Para a pessoa leiga a confiança em sistemas peritos não depende nem de uma plena iniciação nestes processos nem do domínio do conhecimento que eles produzem. A confiança é inevitavelmente, em parte, um artigo de ‘fé’.* (...) *Há um elemento pragmático na ‘fé’, baseado na experiência de que tais sistemas geralmente funcionam como se espera que eles o façam.*” (GIDDENS, 1991 p. 36). Veremos no contexto do Jornal Nacional que essa confiança ultrapassa as matérias

exclusivamente pautadas sobre incorporação tecnológica e sustenta as representações das corporações médicas e de agências como a ANVISA. Na área da saúde esses sistemas estão permanentemente ativos, e o pronunciamento médico na TV se constitui na referência de verdade com relação aos mais variados aspectos da vida. Essa crença automática e contínua nos “*sistemas peritos*” em saúde se estende para outras áreas e faz parte da crescente medicalização da vida.

III.5.3 SOCIEDADE DE RISCO, BUSCA DE CONTROLES E ALIENAÇÃO

Anthony Giddens aponta que a modernidade instaura um processo generalizado de ruptura com a tradição: “*somente na era da modernidade a revisão da convenção é radicalizada para se aplicar a todos os aspectos da vida humana, inclusive à intervenção tecnológica no mundo material*” (GIDDENS, 1991 p. 45). A ruptura com a tradição rompe com o passado, esfacela as formas tradicionais de vínculo, gerando um esgarçamento dos laços de família e de classe social. Todas as instituições sociais e comportamentos tornam-se objeto de questionamento e são desestabilizados pela reflexividade. O próprio conhecimento sofre revisão contínua criando novas necessidades, como já apontado, e gerando um campo de incerteza “*num mundo inteiramente constituído através de conhecimento reflexivamente aplicado, mas onde, ao mesmo tempo, não podemos nunca estar seguros de que qualquer elemento dado deste conhecimento não será revisado (...) Em ciência nada é certo, e nada pode ser provado (...) No coração da ciência sólida, a modernidade vagueia livre*” (GIDDENS, 1991 p. 46). Indo além, Beck propõe que o aumento do conhecimento produz maior desconhecimento. Aparecem consequências inesperadas

e indesejadas criadas pela modernidade nos processos de industrialização e urbanização com seus impactos socioambientais sobre as condições de vida e saúde. Novos conhecimentos demonstram riscos antes desconhecidos, contradizem os conhecimentos anteriores e aumentam a insegurança na mesma proporção em que aumenta o conhecimento. *“Lo que he denominado ‘incertidumbre fabricada’ está más vinculado al avance del conocimiento que a sus limitaciones (...) No existe una distinción adecuada entre riesgo e incertidumbre. ‘Incetidumbre fabricada’ significa una mescla de riesgo, más conocimiento, más desconocimiento y reflexividad, y por tanto un nuevo tipo de riesgo”* (BECK, 2002 p. 177).

A “*Sociedade de Risco*” resultante desta reflexividade, como visto acima, funda-se sobre um desconhecimento progressivo. Sob todos os aspectos a saúde encontra-se ameaçada, inclusive por fontes desconhecidas, e cria-se uma cultura de evitação do perigo e administração do risco, com uma multiplicação de seguros que ultrapassam saúde e previdência e se estendem para qualquer transação no mercado. Essa subversão da razão e essa incerteza fabricada, compõem a base de uma ordem social que vive uma tensão permanente e uma busca compulsiva por controles:

“A sociedade industrial, a ordem social civil e, particularmente, o welfare state e o Estado Previdenciário estão sujeitos à exigência de se fazer que as situações da vida humana sejam controláveis pela racionalidade instrumental, manufaturável, disponível e contabilizável. Por outro lado, na sociedade de risco, o lado imprevisível e os efeitos secundários desta demanda por controle, conduzem ao que tem sido considerado superado, o reino da incerteza, da ambivalência, em suma, da alienação.” (BECK e col., 1995 p. 21).

O êxito da modernidade aposta na solução dos problemas sociais, em particular os da saúde, apoiada na crença no progresso social, político e científico, e ao mesmo tempo traz consigo paradoxos que apresentam consequências críticas. Na busca de controles que possam evitar riscos e produzir bem estar aprofunda-se a medicalização da sociedade pela crescente incorporação tecnológica na intervenção sobre os corpos. A TV é um dos espaços em que esse processo de medicalização é fabricado. O SUS está imerso neste contexto social e torna-se repetidor desta mesma lógica da incorporação tecnológica como provedor de procedimentos e produtos. (BAHIA, 2009; MERY, 2012). A própria expansão da cobertura do SUS incluindo milhões de pessoas nos marcos da modernidade, o que confirma seu caráter civilizatório, representa a expansão da medicalização e do consumo de procedimentos e medicamentos. Consequência do êxito da modernidade, da modernização reflexiva, o processo de medicalização torna-se progressivo, não somente quanto à expansão e desenvolvimento industrial das “tecnologias duras”, mas espalhando-se pelo tecido social, através de dietas, estilos de vida, normas sociais quanto ao uso de substâncias, incentivo ao consumo de produtos e intervenções no corpo voltados para a “saúde pessoal”. Neste contexto a perspectiva da Promoção da Saúde, fundada sobre uma concepção ampliada de saúde, multifatorial, interdisciplinar, intersetorial, e voltada para construção da autonomia, não encontra lugar na sociedade. Embora o SUS tenha sido gestado no espírito da Conferência de Ottawa, embora existam políticas pautadas no conceito ampliado de saúde, o nome Promoção da Saúde emprega-se para prescrição de estilos de vida individuais e “comportamentos saudáveis” focados em doenças (hipertensão, diabetes, obesidade) e perde seu propósito emancipatório. Concebemos desse modo o

êxito da modernidade através de contradições que conduzem à sua própria crise como se ela disparasse processos que ela mesma não pode conter, e que conduzem ao questionamento total de toda a base do conhecimento construído, que para ser freado nos limites do conhecido, requer o aprisionamento e a destruição de si mesma. Esse referencial permite olhar as representações da saúde que aparecem na mídia televisiva, como o tremendo esforço de aprisionamento e solidificação da saúde na condição de objeto reificado, o que a destrói enquanto direito social moderno.

III.5.4 DESLOCAMENTO DO TRABALHO PELO CONSUMO

Para situar a saúde nas tensões sociais da contemporaneidade traçamos brevemente conceitos de individualização, modernização reflexiva, sistemas peritos, sociedade de risco e incerteza fabricada, reificação da saúde e medicalização da vida, que como veremos atravessam toda a programação do Jornal Nacional sobre saúde. Tais conceitos aguçam a nossa percepção sobre um amplo caldo de cultura da sociedade de consumo, que, como coloca Bauman, é incessantemente reincorporado e aprofundado nas condições existenciais dessa sociedade:

“Se a cultura consumista é o modo peculiar pelo qual os membros de uma sociedade de consumidores pensam seus comportamentos ou pelo qual se comportam “de forma irrefletida” – ou, em outras palavras, sem pensar no que consideram ser seu objetivo de vida e o que acreditam ser os meios corretos de alcançá-lo, sobre como separam as coisas e os atos relevantes para este fim, das coisas e atos que descartam como irrelevantes, acerca de o que os excita e o que os deixa sem entusiasmo ou indiferentes, o que os atrai e o que os repele, o que os estimula a agir e o que os incita a fugir, o que desejam, o que temem e em que ponto temores e desejos se equilibram mutuamente, - então a sociedade de consumidores representa um conjunto

peculiar de condições existenciais em que é elevada a probabilidade de que a maioria dos homens e das mulheres venha a abraçar a cultura consumista em vez de qualquer outra, e de que na maior parte do tempo obedecem aos preceitos dela com máxima dedicação.” (BAUMAN, 2008 p. 70).

Quando Bauman se refere a “*sociedade de consumidores*” reforça a ideia de que o eixo organizador das relações nesta sociedade se assenta sobre o consumo e não mais sobre o trabalho. Amélia Cohn vai observar que a inserção social do indivíduo se desloca da sua posição no processo de produção para a sua capacidade de consumo, dilui os referenciais de classe e estabelece desigualdades sociais segundo o poder aquisitivo.

*“a questão que se nos apresenta hoje em dia é exatamente a da ausência do trabalho, nas sociedades contemporâneas, como fator de inserção social dos indivíduos, e portanto de explicação das diferenças sociais entre eles. Sem o contraponto do trabalho, volta-se agora para a renda: a questão dos distintos graus de inserção social tende então a ser pautada quase que exclusivamente por níveis de renda, portanto pela **capacidade de os indivíduos no âmbito da esfera privada mostrarem-se aptos – ou não – para proverem suas necessidades sociais básicas.**”* (COHN, 2003). Grifo nosso.

Ser alguém neste contexto social é ser consumidor, ou seja, aquele que com seus recursos financeiros consegue comprar no mercado o que necessita ou acredita que necessita para si e para seus dependentes. O consumo qualifica o indivíduo, as identidades são produzidas através do consumo, e as diferenças de acesso ao mercado implicam desigualdades sociais. Ao problematizar a pobreza nessa sociedade observa-se que aqueles que não “*mostrarem-se aptos para proverem suas*

necessidades sociais básicas” terão o Estado como provedor, o qual desempenha uma função compensatória focalizada para os segmentos pobres.

“ao mesmo tempo que se processa esse deslocamento das ‘classes’ para ‘grupos de renda’, verifica-se a perda das identidades sociais desses sujeitos, uma vez que, ao perderem aquela sua condição, passam a ser objeto de intervenção do Estado por meio de políticas públicas neles focalizadas.”
(COHN, 2003).

Numa sociedade que condensa simbolicamente a saúde em objetos externos, em tecnologia incorporada em mercadorias, produtos e serviços de assistência médica, o provimento estatal torna-se uma via de acesso à essas mercadorias. No Brasil, onde o Estado e segmentos significativos da sociedade privilegiam o acesso ao mercado, o provimento estatal é uma via compensatória e provisória: com a expansão da *“sociedade de consumidores”* no Brasil, observa-se que o indivíduo recorre ao SUS enquanto ainda não possui acesso ao mercado, e assim que consegue, via emprego ou compra direta, migra para um plano privado, e em muitos casos faz uso misto: compra no mercado um determinado tipo de provimento e usa o estatal para outros. Uma das forças que contribui para esse empobrecimento do SUS contrário à sua vocação de sistema universal de saúde *“consiste na tendência e na pressão para que o mercado imponha sua dinâmica e sua lógica como padrão organizador da sociedade, transferindo a responsabilidade da provisão das necessidades sociais para a esfera individual ou familiar, vale dizer, para a esfera privada”* (COHN, 2003).

Essa organização social segundo padrões de mercado se opõe à saúde como direito de cidadania. A afirmação constitucional de que a saúde é “direito de todos e dever do Estado” é amplamente ignorada enquanto direito social que diz respeito à coletividade. Ao invés disso temos uma individualização do direito como nos casos de judicialização, que reforça a interpretação do direito à saúde como acesso individual a produtos, ou, como veremos na análise das reportagens do Jornal Nacional, o direito a serviços públicos adquirido por pagamento de impostos.

“Isso na medida exata em que se verifica nas sociedades contemporâneas o mercado transformando-se no fator central de articulação e organização da sociedade, rompendo-se os contratos sociais de solidariedade que lhe eram próprios e passando a prevalecer os princípios e as regras da esfera privada sobre aqueles inerentes à esfera pública. E, como consequência, perde-se a concepção do direito de cidadania, que passa a ser subsumida pela de direito do consumidor.” (COHN, 2003).

IV O CORPUS MIDIÁTICO - PRIMEIRA APROXIMAÇÃO

Foram analisadas 246 inserções no Jornal Nacional distribuídas ao longo dos 12 meses de 2012, totalizando 7 horas e 15 minutos de vídeo. Estas 246 inserções foram apresentadas em 159 edições do Jornal, isto é, o tema saúde aparece em metade de todas as edições ao longo do ano, sendo que em 60% delas aparece uma única vez, em 30% das edições aparecem duas inserções, e 10% possui 3, 4, 5 até 6 inserções sobre saúde em uma única edição.

Tabela 12: Número de edições, de inserções e a duração por mês

DISTRIBUIÇÃO DA AMOSTRA DURANTE O ANO			
MES	EDIÇÕES	MATÉRIAS	DURAÇÃO
JANEIRO	16	32	50m 11s
FEVEREIRO	11	16	25m 46s
MARÇO	13	22	36m 56s
ABRIL	17	26	52m
MAIO	16	23	37m 05s
JUNHO	11	22	33m 29s
JULHO	11	22	35m 37s
AGOSTO	14	20	36m 49s
SETEMBRO	9	13	25m 33s
OUTUBRO	15	19	32m 36s
NOVEMBRO	7	8	20m 13s
DEZEMBRO	19	23	49m 28s
TOTAL	159	246	7h 15m 43s

Tabela 13: Número de inserções por mês e por categoria. Somatória das inserções por categoria. Peso da categoria na amostra.

DISTRIBUIÇÃO DAS INSERÇÕES SOBRE SAÚDE EM 2012 POR CATEGORIA TEMÁTICA														
CATEGORIA	%	QTD	MESES											
			Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez
Hospital	27,6	68	6	3	8	12	9	5	5	6	1	5	0	8
Ciência e Tec.	20	49	4	5	4	4	3	4	2	7	5	6	1	4
Comportamento	12,5	31	6	2	6	3	3	1	2	4	1	1	2	0
Mercado	11,2	28	9	1	2	1	0	4	5	0	2	1	1	2
Epidemiologia	9,7	24	4	1	1	0	3	4	4	2	2	0	2	1
Corporação Médica	5,7	14	0	1	0	3	1	0	2	1	0	2	0	4
Polícia	3,6	9	1	1	0	0	0	1	1	0	1	1	0	3
Internacional	6,5	16	1	1	1	1	3	2	1	0	1	2	2	1
Questões Sociais	2,4	5	0	0	0	2	1	1	0	0	0	1	0	0
Orçamento	0,8	2	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Total		246	32	16	22	26	23	22	22	20	13	19	8	23

Ao analisar as 246 reportagens e chamadas pautadas na saúde ao longo de todo o ano de 2012, encontramos as seguintes categorias temáticas: Hospital (27,6% das inserções), Ciência e Tecnologia (20%), Hábitos e Comportamento (12,5%), Mercado de produtos e serviços (11,2%), Epidemiologia (9,7%) e Corporação Médica (5,7%). Notícias Internacionais (6,5%), Questões Sociais (2,4%), Financiamento do SUS (0,8%) e Ocorrências Policiais (3,6%), completam o quadro dos 10 temas centrais abordados em 2012 no JN sobre saúde (Tabela 13).

Figura 2 Distribuição da amostra por categoria temática.

Tabela 14: Peso das categorias por número de inserções e por duração

DISTRIBUIÇÃO POR CATEGORIAS TEMÁTICAS				
CLASSES	INSERÇÕES	%	DURAÇÃO	%
Hospital	68	27,6	107m36s	24,7
Ciência e Tecnologia	49	20,0	93m2s	21,3
Comportamento	31	12,5	63m59s	14,7
Mercado	28	11,2	49m52s	11,3
Epidemiologia	24	9,7	34m31s	7,9
Corporação Médica	14	5,7	32m30s	7,5
Internacional	16	6,5	23m26s	5,4
Polícia	9	3,6	13m5s	3,0
Questões Sociais	5	2,4	14m55s	3,5
Orçamento Saúde	2	0,8	1m9s	0,3
Total	246		7h15m43s	

IV.1 AS CATEGORIAS TEMÁTICAS

A) Hospital

Essa é a classe temática mais frequente e que maior tempo ocupa na programação do Jornal Nacional, com 68 inserções, 28% da amostra, que somam 1 hora 47 minutos de programação. Estão reunidas aqui todas as inserções onde o hospital está sendo reportado, isto é, que têm como foco a assistência, estrutura, equipes e procedimentos hospitalares. Além destas 68 inserções com temática hospitalar identificamos mais outras 36 em que o hospital está implicado secundariamente:

- a) 13 sobre avanços tecnológicos em ambiente hospitalar.
- b) 9 sobre inquéritos policiais sobre casos de roubo de medicamentos, corrupção e negligência médica, tráfico de lixo hospitalar, ou sobre atendimento emergencial a crianças afogadas.
- c) 7 sobre reclamações ao atendimento nos hospitais privados conveniados com planos de saúde.
- d) 6 sobre a provisão de cirurgias reparadoras, pelo SUS e planos de saúde, para consumidoras de próteses mamárias impróprias.
- e) 1 sobre a regulamentação do CREMERJ não autorizando participação de médicos em parto fora de hospital.

No conjunto das 246 inserções ao longo de 2012, além das 68 matérias que tratam da assistência hospitalar, encontramos ao todo 104 em que o Hospital está implicado nos fatos midiáticos, reportado direta ou indiretamente, o que representa 42% da amostra. Como eixo das representações sociais sobre saúde presentes no

Jornal Nacional, analisaremos as matérias incluídas nesta categoria na segunda aproximação.

Tabela 15: Categoria Hospital: Número de inserções por subclasse e por mês.

DISTRIBUIÇÃO DAS INSERÇÕES QUE TRATAM DE ASSISTÊNCIA HOSPITALAR EM 2012														
CATEGORIA	%	QTD	MESES											
			Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez
1) MATÉRIAS EM QUE O HOSPITAL ESTÁ EM PRIMEIRO PLANO														
Usuário Comum		45	3	1	6	5	6	2	5	4	1	5	0	7
Celebridades		23	3	2	2	7	3	3	0	2	0	0	0	1
Subtotal 1	28%	68	6	3	8	12	9	5	5	6	1	5	0	8
2) MATÉRIAS EM QUE HOSPITAL ESTÁ EM SEGUNDO PLANO														
Ciência&Tecno		13	2	3	2	1	0	1	0	1	1	1	0	1
Policia		9	0	1	0	2	0	1	2	0	0	0	0	3
Planos		7	0	1	1	0	0	1	2	0	0	1	0	1
Produtos		6	6	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Corporação Medica		1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0
Subtotal 2		36	8	5	3	3	0	3	5	1	1	2	0	5
Total 1+2	42%	104	14	8	11	15	9	8	10	7	2	7	0	13

B) Ciência & Tecnologia

Segunda classe temática mais frequente, as matérias sobre pesquisas científicas e desenvolvimento tecnológico reúnem 49 inserções durante o ano, 20% da amostra, que somam 1 hora e 33 minutos de programação. As matérias nesta classe reportam pesquisas biomédicas, testes experimentais, inovações tecnológicas realizadas por instituições de pesquisa, universidades ou hospitais, de reconhecimento nacional ou internacional e, em muitos casos, publicadas por revistas científicas renomadas:

- a) 47% são reportagens sobre pesquisas científicas realizadas em laboratórios, in vitro ou animais.
- b) 29% são matérias que reportam procedimentos hospitalares inovadores e bem sucedidos onde as pessoas que se submeteram ao novo tratamento são depoentes participativos e relatam sua experiência pessoal.

- c) 24% são matérias voltadas para divulgar novos produtos no mercado seja para o público com necessidades especiais sensoriais ou físicas, seja para consumo hospitalar como stent, ou de medicina preventiva como novas vacinas.

Dada a relevância desta categoria temática como fundamento da produção de saúde na contemporaneidade, a análise das matérias é objeto de uma segunda aproximação.

C) Hábitos e Comportamento

Em 2012 12,5% das inserções do Jornal Nacional se referem a questões de saúde focadas nos hábitos do indivíduo, com 31 matérias que somam 1 hora e 4 minutos de duração ou 15% do tempo total do jornal durante o ano. Nessa categoria temática, 39% reporta hábitos alimentares e implicações patológicas como doenças cardíacas e obesidade; 22,5% pauta o sedentarismo e a atividade física; 19% se refere ao tabagismo; 16% sobre o uso de crack. Além destes temas mais frequentes, há 2 matérias sobre o autocuidado (ir ao médico, conhecer o corpo); 2 reportagens sobre o estresse e o sono em motoristas profissionais.

Figura 3 Distribuição dos temas sobre Comportamento

D) Mercado

As matérias referentes ao mercado de produtos e serviços de saúde ocupam 11% da amostra, reunidas em 28 inserções que somam 50 minutos de programação. Nestas o sujeito é tido como um consumidor. São matérias onde as reclamações do consumidor no PROCOM, ANS e ANVISA são reportadas, e as relações entre prestadores, consumidores e sistema de saúde são tratadas. A regulação do mercado, quanto à legislação dos direitos do consumidor e deveres das prestadoras, quanto às características, à circulação e exposição dos produtos, bem como quanto à informação do consumidor, é objeto deste grupo de reportagens. Pelo lugar que ocupa no contexto da sociedade de consumo e de segmentação do sistema de saúde, as matérias incluídas nesta categoria são objeto de análise na segunda aproximação.

E) Epidemiologia

Esse grupo temático inclui as matérias sobre questões epidemiológicas, notadamente aquelas referentes à prevenção e enfrentamento público de doenças infecciosas, ou sobre agravos e doenças abordadas do ponto de vista populacional. Representa 9,7% da amostra, somando 34,5 minutos de duração durante o ano em 24 inserções. 33% deste grupo reporta campanhas de imunização, com destaque para a gripe A, poliomielite e atualização da caderneta de vacinação infantil. A dengue, com 5 inserções, a gripe A, com 6 inserções, e a poliomielite, com 3 inserções, foram as doenças mais frequentes somando 58% desta categoria temática. As outras doenças infecciosas referidas foram sarampo, diarreia e hepatite. A seca aparece como fator de agravamento tanto para doenças respiratórias quanto para a diarreia no caso de regiões privadas de abastecimento de água tratada. O câncer aparece neste

grupo em 2 reportagens: uma sobre a distribuição geográfica da incidência da doença no país, e outra sobre a obrigatoriedade legal do seu tratamento pelo SUS.

Dada a relevância deste grupo para a Saúde Pública, os discursos das matérias incluídas nesta categoria são objeto de análise na segunda aproximação.

F) Corporação Médica

Esse grupo temático reúne as reportagens que tratam de questões sobre a formação e o exercício da profissão médica, resoluções e regras deontológicas, e sobre decisões do Estado em que as corporações médicas tomam parte. Em 2012 o Jornal Nacional apresentou 14 inserções, o que representa 5,7% da amostra, em que a corporação médica é o assunto principal e outras 3 em que a corporação médica aparece como tema secundário. Ao todo a corporação médica é notícia em 17 inserções durante o ano, 7% da programação do jornal, somando 39 minutos de duração. As reportagens e chamadas centradas na atividade e na formação médica reúnem 11 inserções que tratam da regulamentação da relação dos médicos com os laboratórios da indústria farmacêutica, da proibição de acompanhar partos fora de hospital e de aplicar terapias anti-envelhecimento, da obrigatoriedade em respeitar o desejo de pacientes terminais, de exames aplicados pelo Conselho Regional de Medicina para recém-formados, da revalidação de diploma estrangeiro, do programa governamental de incentivo aos médicos para trabalhar em lugares carentes de médicos no país e do programa governamental para ampliar o ensino de medicina no país. Além disso observa-se a participação coadjuvante das corporações médicas em outras 3 reportagens, 2 sobre assistência hospitalar e 1 sobre mercado:

- 1) Menina sofre sequelas por falta de atendimento de neurocirurgião em Pronto Socorro Municipal no Rio de Janeiro. O médico justifica sua ausência no plantão apoiado numa resolução do Conselho Regional de Medicina sobre equipe mínima de neurologia, a qual não estava sendo atendida pelo Pronto Socorro.
- 2) O Conselho Regional de Medicina faz parte do inquérito que investiga a morte de 13 pacientes em hospital público do Distrito Federal.
- 3) O Conselho Federal de Medicina apoia a cobrança de remuneração pelo obstetra, paga por clientes de planos de saúde, para execução de parto.

Além das inserções em que a atividade médica é tratada, há outras 5 reportagens em que as corporações participam de definições e decisões sobre outros assuntos legais:

- 1) 3 reportagens se referem à decisão sobre o aborto de fetos anaencéfalos, a definição da anaencefalia, e a necessidade de chancela médica para interrupção da gravidez nestes casos.
- 2) Introdução de mudanças na Lei Seca quanto a ingestão de álcool antes de dirigir.
- 3) Limitação de idade para realizar procedimentos de fertilização.

A corporação médica, mesmo quando não está no foco da atenção dos discursos do Jornal Nacional, é chamada a prestar depoimentos através das Sociedades Médicas de especialidades sobre diversos temas de saúde. No total a corporação médica está presente em 28 reportagens, o que representa 11,5% da programação do Jornal Nacional em 2012.

G) Polícia

Durante o ano de 2012 o Jornal Nacional publicou 10 matérias que reportam atos ilegais, investigações, ocorrências ou intervenções policiais associadas à saúde. Além destas 10 matérias, há mais 3 reportagens hospitalares com investigação policial, o que soma 13 inserções nesta categoria com duração de 20,5 minutos de programação e representa 5,3% da amostra. Destas, 8 reportagens se referem a equipamentos ou ao sistema de saúde pública, e tratam de casos de roubo de medicamentos em São Paulo, uso médico de patrimônio e material hospitalar para fins privados num hospital federal no Rio de Janeiro, suspeita de negligência médica em Pronto Socorro municipal do Rio de Janeiro, morte de 13 pacientes associada a erro nas instalações de oxigênio de um leito hospitalar no Distrito Federal, e a morte de uma jovem causada por tiros disparados por policial militar numa Unidade Básica de Saúde do Rio de Janeiro. As outras 5 matérias reportam o socorro a duas crianças afogadas de um berçário em Curitiba, o corpo de uma paciente internada, encontrada morta nas dependências de hospital universitário em Salvador, a ação policial para prender um homem com transtornos psíquicos em São Paulo, e a devolução de lixo hospitalar recebido ilegalmente dos EUA.

H) Internacional

A matérias internacionais sobre saúde reúnem 16 inserções ao longo de 2012, 6,5% da amostra, somando 23,5 minutos de programação. 31% delas se referem a questões de saúde global relativas a AIDS, hipertensão, gripe aviária e duas matérias sobre o câncer, sendo que a Organização Mundial da Saúde é o ator de 3 matérias e a ONU é ator de 1. O governo dos EUA está presente em 4 matérias, sendo 3 delas

sobre a reforma da saúde pública nos EUA e 1 sobre saúde global. O National Health Service inglês é objeto de 3 reportagens comparativas com o SUS. Bioética é tema de duas matérias em países da América Latina, uma sobre a legislação do aborto, e outra sobre “morte digna”. Duas reportagens reportam relações internacionais do governo brasileiro e 1 reporta medidas anticrise na Europa que afetam a área da saúde.

I) Questões Sociais

Cinco reportagens ao longo do ano abordam a saúde focando fatores sociais, demográficos e geográficos como a migração, urbanização, composição familiar, distribuição de renda e escolaridade. Em duas reportagens são divulgados dados do Censo 2010 do IBGE quanto à queda da taxa de fecundidade e da taxa de mortalidade infantil, observando fatores sociais associados aos resultados, embora em uma delas a assistência hospitalar seja detalhada como o fator principal para explicar a queda na taxa de mortalidade infantil. Uma matéria discrimina as responsabilidades dos governos municipais no âmbito da saúde tendo em vista a aproximação das eleições, e outras 2 matérias reportam fatores de impacto sobre a saúde local :

- a) Movimento migratório provocado pela obra da usina de Belo Monte.
- b) Saneamento básico em Uberlândia.

J) Orçamento da Saúde

Completando o quadro temático das 246 inserções sobre saúde em 2012, encontramos 2 matérias que tratam do financiamento estatal da saúde: uma sobre o

corde do orçamento da União para 2012, e a outra sobre os investimentos mínimos de cada esfera de poder na área da saúde.

IV.2 A SAÚDE PÚBLICA

O sistema público de saúde e a saúde pública, não constituem um tema exclusivo e há referências ao SUS e às questões de saúde pública distribuídas por todas as 10 categorias temáticas (Tabela 16). As categorias com pouca referência a saúde pública se concentram sobre ciência & tecnologia, hábitos e comportamento, e a assistência hospitalar privada.

Tabela 16: Distribuição das matérias que reportam Saúde Pública e número de inserções por categoria temática

MATÉRIAS QUE REPORTAM A SAÚDE PÚBLICA, MEDIDAS GOVERNAMENTAIS, ÓRGÃOS, EQUIPAMENTOS, SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE				
DISTRIBUIÇÃO POR CATEGORIAS TEMÁTICAS				
CATEGORIA TEMÁTICA			MATÉRIAS	%
HOSPITAL			37	30
EPIDEMIOLOGIA			23	18,7
MERCADO	PRODUTOS DE SAÚDE	15	25	20,3
	PLANOS DE SAÚDE	10		
CIÊNCIA E TECNOLOGIA			10	8
COMPORTAMENTO			9	7,3
POLÍCIA			6	5
QUESTÕES SOCIAIS			6	5
INTERNACIONAL			3	2,5
ORÇAMENTO			2	1,5
CORPORAÇÃO MÉDICA			2	1,5
TOTAL			123	

Ao todo 123 inserções, 50% de toda a pauta sobre saúde do Jornal Nacional em 2012, fazem referência ao sistema público de saúde ou reportam questões de saúde pública. Esse recorte mostra o peso da saúde pública no Jornal Nacional.

Fazem parte desse grupo todas as inserções que reportam a saúde pública, medidas e órgãos governamentais, equipamentos e serviços públicos de saúde, mesmo que não mencionem explicitamente o sistema. Como veremos há uma grande variabilidade pela qual os temas de saúde pública são referidos. Do total de 123 inserções a saúde pública é mencionada em 79 casos, isto é, há 44 matérias em que objetos do sistema público de saúde são reportados sem que este seja mencionado. Analisaremos na segunda aproximação as características desses grupos e os critérios de diferenciação de sub categorias que representam a saúde pública no Jornal Nacional.

Figura 4 Proporção entre o Número de inserções da Amostra Total, das matérias sobre Saúde Pública, matérias que mencionam o Sistema Público as que o omitem.

Tabela 17 Distribuição das matérias que fazem referência explícita ao Sistema Público e número de inserções por categoria temática.

REFERÊNCIA AO SUS, REDE PÚBLICA, SAÚDE PÚBLICA, HOSPITAIS PÚBLICOS, POSTOS DE SAÚDE E OUTROS SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE				
DISTRIBUIÇÃO POR CATEGORIAS TEMÁTICAS				
CATEGORIA TEMÁTICA			MATÉRIAS	%
HOSPITAL			30	38
EPIDEMIOLOGIA			20	25
MERCADO	PRODUTOS DE SAÚDE	4	7	9
	PLANOS DE SAÚDE	3		
POLÍCIA			6	7,5
COMPORTAMENTO			5	6,3
CIÊNCIA E TECNOLOGIA			4	5
INTERNACIONAL			3	3,8
ORÇAMENTO			2	2,5
QUESTÕES SOCIAIS			2	2,5
TOTAL			79	100

IV.3 AS MATÉRIAS DE ABERTURA

Ao longo do ano de 2012 saúde foi matéria de abertura de 9 edições do jornal. A reportagem que inicia uma edição é a “matéria de capa” ou a manchete principal. A observação das matérias de abertura, pelo destaque que recebem, já revela os temas, ideias e imagens centrais que norteiam as formas pelas quais a saúde e em particular a saúde pública é vista no Brasil em 2012. Essas matérias de abertura se concentram em quatro categorias temáticas: Hospital (5 edições); Ciência e Tecnologia (2 edições); Mercado (2 edições); Hábitos e Comportamento (1 edição).

Nas manchetes que abrem 9 edições do jornal, a saúde no Brasil é uma questão hospitalar (12/4, 17/4, 2/5, 25/6 e 11/10), tributária dos avanços científicos e tecnológicos (19/4 e 4/6), prejudicada por um sistema público de saúde deficiente quando não desastroso (12/4, 17/4 e 11/10), o que condiciona ao pagamento de planos de saúde para “receber um atendimento melhor em hospitais particulares”

mas cujo mau serviço tem sido a causa de “*uma frustração de milhões de brasileiros*” (25/6) e no final das contas o cidadão necessita pagar mais para ter saúde do que para comer (14/9). Para finalizar, a saúde é uma questão de bons hábitos e o governo necessita intervir para inibir os maus hábitos (28/9).

Das 8 reportagens de abertura, 4 pautam temas hospitalares. A valorização da assistência hospitalar como dispositivo de salvação é a tônica dominante, como mostra a abertura da edição de 2 de Maio:

“O Jornal Nacional começa com a historia de uma sobrevivente, uma brasileirinha que saiu hoje do hospital (...) ainda precisa da ajuda de aparelhos pra respirar (...) Aos 5 meses de gestação a mãe teve eclampsia, uma doença que aumenta a pressão arterial por causa da gravidez. Os médicos decidiram fazer o parto. Carolina nasceu com apenas 360 gramas e 27 centímetros”

As demais 3 reportagens hospitalares de abertura focam hospitais públicos como representativos do Sistema Único de Saúde:

Edição 12 de Abril:

“O repórter F. Ferreira abre esta edição do Jornal Nacional com uma história exclusiva que evidencia as mazelas da Saúde Pública no Brasil: treze pacientes que ocuparam o mesmo leito de um hospital no Distrito Federal morreram”

Edição 17 de Abril:

“Nesta edição do Jornal Nacional o tema de reportagem de abertura é Saúde: a deficiência no Sistema de Saúde. A falta de vagas em maternidades públicas mostra as dificuldades que as grávidas de Sergipe tem que enfrentar na hora de dar a luz”

Edição 11 de Outubro:

“Esta edição começa mostrando o resultado desastroso de um problema de manutenção num hospital público conveniado ao SUS o Sistema Único de Saúde”

Como analisaremos em detalhe a seguir, já nas reportagens de abertura do JN a saúde está associada à assistência hospitalar, e a Saúde Pública, associada à mazelas, morte, deficiência, falta de vagas, dificuldades, desastre e problema.

Outro tema associado à saúde reportado nas edições de abertura reside no campo da Ciência e Tecnologia. As pesquisas e hipóteses científicas são tratadas como descobertas, verdades desvendadas pela racionalidade médica, sobre as quais se concentra uma esperança de salvação:

Edição 19 de Abril:

“Esta edição começa com uma descoberta médica: resultados muito promissores de pesquisas realizadas em universidades americanas sobre a paralisia cerebral.”

Edição 4 de Junho:

“A reportagem de abertura desta edição o Jornal Nacional traz uma luz para um numero enorme de famílias brasileiras que tem algum parente, algum amigo, tentando se livrar das drogas: a pesquisa que você vai ver agora teve resultados importantíssimos no combate à dependência química da cocaína.”

Além de qualificar a saúde como uma questão de Ciência e Tecnologia, que como veremos ocupa lugar de destaque nas reportagens sobre saúde no JN, a abertura de 4 de Junho reporta um comportamento, drogadição, como problema de saúde. Reportagens focadas no comportamento como fator de risco compõem a terceira categoria de maior frequência durante o ano de 2012 como demonstrado na matéria de abertura em 28 de Setembro :

“O Jornal Nacional abre esta edição com um assunto que produziu muita atenção no Brasil recentemente: a obrigatoriedade de paradas pro repouso de caminhoneiros e de motoristas em geral. Porque que um motorista descansado pode salvar vidas”

Entre as categorias temáticas de maior frequência nas matérias sobre saúde, o consumo de produtos, serviços e planos de saúde ocupa um lugar determinante, pois se reporta ao consumidor e, nesta medida, observa o acesso aos bens de saúde no mercado, como mostra a abertura da edição de 14 de Setembro:

NARRADOR	IMAGEM
<i>“Boa Noite! as famílias brasileiras estão gastando mais com transporte e com saúde e menos com alimentação! O IBGE divulgou dados baseados na Pesquisa de Orçamentos Familiares realizada em 2008 e 2009: gastos com saúde subiram, a maioria é com remédio.”</i>	WILLIAM BONNER
<i>“Esse aqui é pro negócio do joelho lá, dos ossos, esse aqui pra dor, vai um dinheirão nisso, e como vai.”</i>	CONSUMIDORES ENTREVISTADOS EM FARMÁCIAS

A abertura da edição de 25 de Junho aponta o lugar desse consumidor no contexto de segmentação do sistema de saúde no Brasil, que em 2012 revelou um quadro crítico:

*“A reportagem de abertura desta noite é um **registro fiel de uma frustração de milhões de brasileiros que nos últimos anos contrataram planos de saúde e passaram a pagar mensalidades pra receber um atendimento melhor em hospitais particulares.**”*

V SAÚDE PÚBLICA – SEGUNDA APROXIMAÇÃO

As questões de saúde pública estão distribuídas em 123 inserções que abrangem todas as 10 categorias temáticas. Dentro desse universo de matérias sobre temas de saúde pública há uma variabilidade quanto à menção ou omissão do sistema público de saúde, dependendo do conteúdo e da forma pela qual o tema é abordado. Essa variabilidade é significativa pois reflete aquilo que está explicitamente associado ao SUS e ao provimento público, e aquilo que, embora sendo ações ou serviços realizados por órgãos, equipamentos e equipes do SUS, está dissociado do próprio sistema público de saúde nas representações contidas nestas reportagens.

Para definir esses dois grandes grupos, assumimos que faz associação ao sistema público de saúde toda matéria que se refere explicitamente:

- a) ao SUS ou nome que designe o sistema público de saúde.
- b) a Hospitais Públicos.
- c) a Postos de Saúde, equipes de atenção básica e campanhas de vacinação.
- d) a outros serviços públicos de assistência a saúde como SAMU e CAPS.

Esses critérios foram adotados por não deixarem dúvida a respeito de que se trata de um provimento público ou de uma questão de saúde pública. Nessa medida toda matéria que trate de uma questão de saúde pública, que pautar fatos produzidos em equipamentos, por equipes ou pacientes do SUS, porém não faça nenhuma menção explícita aos referenciais adotados nesses critérios, foram consideradas pertencentes ao grupo em que há omissão de que aquela questão ou ação reportada pertence ao sistema público de saúde e é de provimento, responsabilidade ou integra o Sistema Único de Saúde.

Veremos oportunamente que não há uma relação direta entre o Ministério da Saúde e o SUS, e que portanto uma referência ao Ministério da Saúde não denota necessariamente o SUS. Pelo contrário, há uma separação que desvincula o SUS de uma gama de ações do Ministério da Saúde, como por exemplo a matéria sobre o programa governamental de contratação de médicos para lugares carentes deste profissional em 27 de dezembro, quando o SUS ou a Saúde Pública não são mencionados em nenhum momento, ou a reportagem sobre a campanha para avaliação de alimentação e sobrepeso em alunos de escolas públicas em 5 de março.

Edição 5 de Março

Esses são exemplos de um conjunto de 44 matérias, 36% das inserções sobre saúde pública, que reportam ações e programas do sistema público de saúde sem a ele fazer menção explícita, verbal ou por imagem, embora possam citar, em alguns casos, o Ministério da Saúde ou trazer o depoimento do ministro ou de algum dos seus secretários. Veremos que 52% das inserções que se referem explicitamente à saúde pública desqualificam o SUS ou o qualificam negativamente, enquanto que isso não ocorre em relação ao Ministério da Saúde o qual é poupado das críticas ao sistema público.

V.1 REPRESENTAÇÕES DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Das 123 inserções sobre temas de saúde pública, 79 fazem referência explícita segundo os critérios descritos e classificados em 4 grupos:

- a) Tipo SISTEMA: 28 matérias, ou 35,4%, nomeiam o *SUS*, *Sistema Único de Saúde*, *Sistema Público*, *Rede Pública* ou *Serviço Público de Saúde e Saúde Pública*.
- b) Tipo HOSPITAL: 26 matérias, ou 33%, se referem a *Hospitais Públicos*.

- c) Tipo ATENÇÃO BÁSICA: 18 matérias, ou 22,8%, se referem a *Postos de Saúde*, *Campanha Nacional de Vacinação*, e exibem imagens de equipamentos e equipes de Atenção Básica.
- d) Cita o SUS SECUNDARIAMENTE: 7 matérias, ou 8,8%, de temática Internacional, Planos de Saúde ou Ciência e Tecnologia, onde o SUS é citado de passagem.

Figura 5 Distribuição dos Tipos de Referência nas 79 inserções que fazem referência explícita ao Sistema e Serviços de saúde Pública.

Tabela 18 Nomes por Tipo de Referência ao Sistema e Serviços de Saúde Pública e Número de inserções por Nome. Numa mesma matéria pode ocorrer o emprego de mais de um nome.

TIPO	NOME CITADO	MATÉRIAS
SISTEMA		52
	SUS	20
	SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE	7
	REDE PÚBLICA, DE SAÚDE	8
	SAÚDE PÚBLICA	5
	SISTEMA DE SAÚDE	5
	SISTEMA PÚBLICO DE SAÚDE	3
	SISTEMA PÚBLICO	2
	SERVIÇO PÚBLICO DE SAÚDE	1
	REDE ESTADUAL	1
HOSPITAL		32
	HOSPITAL (AIS) PÚBLICO (S), DO SUS	16
	HOSPITAIS (PÚBLICOS) FEDERAIS	4
	HOSPITAL MUNICIPAL	2
	HOSPITAL DE URGÊNCIAS, EMERGÊNCIA PÚBLICA	2
	HOSPITAL ESTADUAL	1
	HOSPITAL REGIONAL	1
	HOSPITAL INFANTIL	1
	HOSPITAL (AIS) UINVERSITÁRIO (S)	2
	HOSPITAIS PSIQUIÁTRICOS, EMERGÊNCIA PSIQUIÁTRICA	2
	MATERNIDADE PÚBLICA	1
AT BÁSICA		20
	POSTO (S) DE SAÚDE	8
	CAMPANHA DE VACINAÇÃO, NACIONAL	7
	EQUIPES BÁSICAS DE SAÚDE	1
	UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE	1
	AGENTES COMUNITÁRIOS	1
	EQUIPES DE SAÚDE NA RUA	1
	EQUIPES DE SAÚDE INDÍGENA	1
OUTROS SERVIÇOS		4
	SAMU	3
	CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL	1

Tabela 19 Tipos de Referência explícita pelos Temas e Assuntos das matérias.

TIPO DE REFERÊNCIA	TEMAS		QTD		%
I. TIPO SISTEMA: 1. EXIBE CENAS DE SERVIÇOS E ÓRGÃOS DO 2. ENTREVISTA GESTORES DO 3. SE REFERE EXPLICITAMENTE AO: SUS, SISTEMA DE SAÚDE, SAÚDE PÚBLICA, REDE PÚBLICA DE SAÚDE.	HOSPITAL	Falta de estrutura	3	4	7
		Erro de Instalação Hospitalar	1		
		Falta de acesso		2	
		Avaliação do SUS - IDSUS		1	
	MERCADO	Próteses Mamárias		4	5
		Cartão de Consultas Pré-pagas		1	
	CUSTO PARA O SUS	Tabagismo		2	3
		Obesidade		1	
	POLÍCIA	Desvio de Medicamentos - Hospital		1	3
		Negligência Médica - Hospital		1	
		Corrupção - Hospital		1	
	EPIDEMIOLOGIA E REGULAMENTAÇÃO DA ASSISTÊNCIA	Câncer		2	6
		Drogas		2	
		Obesidade		1	
		Saúde indígena		1	
	ORÇAMENTO DA SAÚDE	Cortes no Orçamento		1	2
		Orçamento mínimo legal		1	
	CIÊNCIA & TECNOLOGIA	Cirurgia robotizada INCA - Hospital		1	2
		Osteoporose		1	
	I. TIPO SISTEMA TOTAL				28
II. TIPO HOSPITAL: 1. EXIBE CENAS DE SERVIÇOS 2. ENTREVISTA GESTORES DE 3. SE REFERE A: HOSPITAIS PÚBLICOS, URGÊNCIA E EMERGÊNCIA.	FALTA DE ACESSO			7	33
	FALTA DE ESTRUTURA			5	
	ERRO DE INSTALAÇÃO HOSPITALAR			2	
	MÁ ADMINISTRAÇÃO			2	
	CORRUPÇÃO			2	
	GREVES DE MÉDICOS			3	
	POLÍCIA			3	
	ASSISTÊNCIA POSITIVA			2	
	II. TIPO HOSPITAL TOTAL			26	
	III. TIPO ATENÇÃO BÁSICA: 1. SE REFERE A POSTO(S) DE SAÚDE. 2. EXIBE CENAS DE UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE, AGENTES DE SAÚDE, TÉCNICOS DO SUS.	DOENÇAS	Gripe	3	
Diarreia			1		
Respiratória			1		
IMUNIZAÇÃO		Gripe	3	9	
		Pólio	3		
		Vacinação infantil	2		
		Sarampo	1		
		PREVENÇÃO	Visita Domiciliar Dengue	1	3
Hepatite C			1		
Saneamento			1		
VIOLÊNCIA		PM atira em uma UBS e mata uma usuária	1	1	
III. TIPO ATENÇÃO BÁSICA TOTAL			18		
IV. CITA O SUS SECUNDARIAMENTE	INTERNACIONAL	SUS citado em relação ao NHS inglês	2	3	9
		Reforma da Saúde nos EUA	1		
	MERCADO	SUS comparado às deficiências em hospitais privados		2	
	CIÊNCIA & TECNOLOGIA	Testes Quimioterápicos em pacientes do SUS		2	
	IV. SUS SECUNDARIO TOTAL			7	
TOTAL DAS MATÉRIAS COM REFERÊNCIA EXPLÍCITA				79	

É interessante notar que entre as 28 matérias tipo SISTEMA, que remetem explicitamente ao SUS e ao sistema público de saúde, 39% tratam de questões sobre hospitais públicos:

- 7 matérias sobre falta de acesso e estrutura
- 3 sobre desvio de medicamentos, negligência médica e corrupção
- 1 sobre cirurgias realizadas por robô no INCA

Há portanto uma grande área de intersecção entre as representações associadas ao SUS e ao hospital público, o qual reúne um terço da amostra relacionada ao sistema público de saúde com representações predominantemente negativas. Curiosamente não há interseção entre as matérias que se referem explicitamente ao SUS e aquelas do tipo ATENÇÃO BÁSICA. Estas últimas tratam fundamentalmente de campanhas de imunização (50%), prevenção (17%) e casos epidemiológicos (28%), estão fortemente associadas ao Ministério da Saúde e espelham uma vigilância à saúde pública de caráter positivo.

Assim como no quadro das representações da saúde em geral, no âmbito da saúde pública o tema de maior frequência é o Hospital reunindo 37 inserções ou 30% das 123 matérias sobre saúde pública. Além destas, ao somarmos as 10 reportagens sobre Ciência & Tecnologia associada à saúde pública, as quais também se orientam em função da assistência hospitalar, temos 47 inserções onde o hospital é a referência de saúde pública no conjunto das 246 matérias no ano. Como analisaremos no capítulo sobre as representações acerca da assistência hospitalar, o tema do Hospital Público constitui o eixo das representações que desqualificam o sistema público de saúde:

- 30 matérias mostram uma assistência hospitalar com carências estruturais, problemas de gestão, acesso insuficiente, corrupção e insegurança.
- 12 matérias reportam ações de assistência hospitalar muito positivas, mas omitem qualquer associação com o SUS, hospital público ou serviço público de saúde.
- Apenas 5 matérias em 47, ou 10,6% reportam uma assistência hospitalar positiva associada ao SUS ou ao hospital público.

Figura 6 Distribuição das 47 matérias de Interseção entre Hospital e o Sistema Público de Saúde classificadas por Negativas, Positivas que mencionam o SUS e Positivas que omitem.

Quando o hospital público é o objeto da matéria, seja no grupo onde o SUS é nomeado explicitamente (TIPO SISTEMA), quanto naquele que se refere ao hospital público sem citar o sistema (TIPO HOSPITAL), a Falta de Acesso e Estrutura é um tema recorrente em 25% das inserções que abordam explicitamente a saúde pública.

Essas matérias apresentam uma assistência hospitalar deficiente e uma dificuldade de acesso à saúde como um consenso a respeito do SUS. Soma-se a isso um outro grupo de reportagens sobre a gestão dos recursos destinados à saúde pública. Este segundo grupo reúne 24% das inserções sobre saúde pública e apresenta uma composição de aspectos:

- a) 7 matérias enfocam má administração e crises na gestão.
- b) 4 reportagens denunciam casos de corrupção tanto de gestores quanto de médicos e formadores de quadrilha para desvio de remédios do SUS.
- c) 3 matérias reportam mortes causadas por instalações hospitalares erradas.
- d) 3 tratam de greves.
- e) 2 sobre redução e contenção de orçamento federal para a saúde.

No quadro abaixo vemos que metade das matérias que fazem referencia explícita ao SUS reportam uma saúde pública negativa:

Tabela 20 Número de inserções por Temas das Matérias e por Eixos Temáticos das 79 inserções que fazem referência explícita ao Sistema e Serviços de Saúde Pública.

TEMAS CONSOLIDADOS DAS MATÉRIAS QUE FAZEM REFERÊNCIA EXPLÍCITA AO SUS, REDE PÚBLICA, SAÚDE PÚBLICA, HOSPITAIS PÚBLICOS, POSTOS DE SAÚDE E OUTROS SERVIÇOS							
TOTAL DE MATÉRIAS = 79							
EIXOS TEMÁTICOS		TEMAS DAS MATÉRIAS	MATÉRIAS		%	%	
SAÚDE PÚBLICA NEGATIVA	SUS CARENTE	FALTA ACESSO E ESTRUTURA	5	20	41	25	52
		FALTA ACESSO	9				
		FALTA ESTRUTURA	3				
		COMPARADO AO MAU SERVIÇO PRIVADO	3				
	GESTÃO RUIM	CRISES NA GESTÃO	7	19	24		
		CORRUPÇÃO	4				
		ERRO HOSPITALAR	3				
		ORÇAMENTO	2				
		GREVES	3				
	VIOLÊNCIA		2			2,5	
SAÚDE PÚBLICA POSITIVA		IMUNIZAÇÃO & PREVENÇÃO	12		27	15	34
		ASSISTÊNCIA HOSPITALAR POSITIVA	5			6,4	
		REGULAMENTAÇÃO ASSISTENCIAL	6			7,6	
		CIÊNCIA & TECNOLOGIA	4			5	
DOENÇAS E AGRAVOS		GRIPE	3		16	20	
		DIARRÉIA	2				
		RESPIRATÓRIAS	1				
		CÂNCER	4				
		DROGAS	2				
		TABAGISMO	2				
		OBESIDADE	2				
INTERNACIONAL		O NHS BRITÂNICO VERSUS O SUS	2		3	3,8	
		A REFORMA DA SAÚDE NOS EUA	1				
6 MATÉRIAS APARECEM EM MAIS DE UMA CLASSE TEMÁTICA							
11/10 - Obesidade		DOENÇAS / REGULAMENTAÇÃO ASSISTENCIAL					
23/11 - Câncer		DOENÇAS / REGULAMENTAÇÃO ASSISTENCIAL					
31/03 - Câncer		DOENÇAS / CIENCIA & TECNOLOGIA / ASSISTÊNCIA POSITIVA					
13/01 - Câncer		DOENÇAS / CIENCIA & TECNOLOGIA / ASSISTÊNCIA POSITIVA					
13/01 - UTI Neonatal		FALTA ACESSO / ASSISTÊNCIA POSITIVA					
01/03 - IDSUS		FALTA ACESSO / ASSISTÊNCIA POSITIVA					

Vejamos como estes 5 temas que qualificam negativamente o SUS se apresentam:

a) CRISES NA GESTÃO:

- Em 31 de março a matéria mostra as instalações novas e vazias do Hospital Universitário da Universidade Federal em Teresina, com equipamentos guardados, fora de operação há 1 ano por falta de contratação de pessoal. A reportagem faz um retrato dramático sobre a carência de vagas de terapia intensiva no estado do Piauí.
- Em 26 de abril mostra a revolta de munícipes em Várzea Grande, Mato Grosso, pelo fato dos Postos de Saúde desperdiçarem grandes quantidades de remédios com data de validade vencida.
- Em 1 de maio mostra uma situação caótica no provimento da assistência hospitalar em Natal, Rio Grande do Norte. Em 2 de maio o secretário da saúde do RN é exonerado. Em 4 de julho o Conselho Regional de Medicina pede a intervenção do governo no principal hospital do Estado. Em meio a greve dos médicos a governadora decreta estado de calamidade na saúde pública do Rio Grande do Norte.
- Em 26 e 28 de dezembro num hospital municipal do Rio de Janeiro uma menina vítima de bala perdida ficou 8 horas sem atendimento por falta do neurocirurgião ao plantão, resultando em sequelas. Em inquérito policial o neurocirurgião declara que faltou propositalmente pois o hospital não cumpre determinação do CREMERJ.

b) CORRUPÇÃO:

- Em 2 de fevereiro a polícia de São Paulo prende quadrilha que atua no desvio de remédios do SUS.
- Em 23 de março o Ministério da Saúde é instado pela presidente Dilma a investigar contratos de fornecimento de refeição para hospitais federais com empresas denunciadas por corrupção.
- Em 15 de junho “o Ministério Público Federal investiga a suspeita de que médicos do SUS estariam usando hospitais federais do Rio de Janeiro como clínicas de estética.”
- Em 31 de outubro a prefeita de Natal é afastada pela Justiça por “suspeita de envolvimento com desvios de recursos da Saúde.”

c) ERRO HOSPITALAR:

- 3 matérias (12/4; 13/4; 18/7) tratam da investigação da morte de 13 pacientes que ocuparam o mesmo leito na UTI de hospital no Distrito Federal. Foi detectado um erro na instalação do suprimento de oxigênio do referido leito.

d) ORÇAMENTO:

- Em 16 de janeiro a reportagem reforça o veto presidencial ao artigo da lei orçamentária que previa “destinar mais dinheiro à saúde em caso de revisão do PIB”.
- Em 22 de fevereiro reporta o corte de R\$5 bilhões no orçamento da União para o ano de 2012.

e) GREVES:

- 3 reportagens (14/3; 28/5; 12/6) mostram transtornos em hospitais federais causados por greve de médicos contra medidas do Ministério do Planejamento, o qual recuou e reconheceu seu erro.

Além destes dois grandes grupos que retratam um SUS carente e com problemas de gestão, duas reportagens com temática de VIOLÊNCIA completam um quadro negativo de representações do sistema público de saúde:

- Em 5 de setembro uma usuária é morta por disparo de um policial num posto de saúde no Rio de Janeiro.
- Em 1 de dezembro uma paciente internada no Hospital das Clínicas em Salvador é encontrada morta no subsolo com um ferimento na testa.

Ainda no contexto das representações negativas, há 5 inserções que não pautam temas acerca do SUS, mas secundariamente fazem comparações em que o SUS é qualificado negativamente (Tabela 20):

- a) 3 matérias justificam a busca de assistência à saúde no mercado privado em alternativa à oferta insuficiente do SUS. Na Tabela 20 estão agrupadas na classe SUS CARENTE, no subtema COMPARADO AO MAU SERVIÇO PRIVADO:

- Em 31 de março e 25 de junho duas matérias tratam da demora para o atendimento e de filas enfrentadas em hospitais privados por clientes de planos de saúde. O critério de comparação é o retrato da própria experiência do usuário que busca uma alternativa ao SUS e encontra uma condição semelhante como cliente de plano privado.

- Em 13 de janeiro anuncia o mercado de cartão pré-pago de consultas médicas para clientes que não possuem plano de saúde e buscam uma alternativa à carência de oferta pelo SUS.

b) Outras 2 matérias tratam do National Health System britânico. Na Tabela 20 compõem a classe INTERNACIONAL:

- Em 1 de setembro a reportagem qualifica o NHS como “*um dos sistemas de saúde mais eficientes do mundo*”, e equipara ao SUS:

NARRAÇÃO	IMAGEM
<i>“Saúde tipo exportação. O Ene Eitche És, sistema nacional de saúde britânico, equivalente ao SUS, agora não tem mais fronteiras”</i>	IMAGEM ENFERMARIA CONVENCIONAL LEITOS E CORTINAS ENFERMEIRA NEGRA SEM TOUCA FAZ PROCEDIMENTO EM PACIENTE ACAMADO
<i>“Os primeiros 2 hospitais Made in England já funcionam em Dubai no Oriente Médio: um de Olhos, o outro especializado em doenças infantis.”</i>	FACHADA DE HOSPITAL EM DUBAI MULHER ÁRABE SENDO ATENDIDA EXAME DE VISTA POR APARELHO RECEPÇÃO LUXUOSA DO HOSPITAL
<i>“O Ene Eitche És, que aqui na Grã Bretanha é gratuito para os cidadãos, cobra, e cobra caro, quando o paciente vem de fora.”</i>	REPORTER EM RUA DE LONDRES

Essa justaposição cria uma ironia em relação ao SUS pela grandiosidade com que o NHS é representado tanto verbalmente quanto pelas imagens luxuosas do hospital retratado em Dubai. Para o espectador brasileiro fica a inacessibilidade a um produto que possui alto valor no mercado ao qual o cidadão britânico tem acesso gratuito. É uma forma negativa de representar um SUS carente e pobre.

- Em dezembro, após uma série de reportagens diárias que retratam um SUS mal gerido, com escassez de médicos, de recursos materiais e

tecnológicos (7/12 sobre a precariedade do SAMU em São Luís do Maranhão; 3, 4, 6 e 8/12 sobre filas quilométricas de pacientes doentes dormindo nas calçadas para aquisição de senhas para consulta no Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia no Rio de Janeiro; 10/12 sobre a falta de médicos por todo o país; 11/12 sobre a precariedade dos hospitais públicos em Rondônia; e 12/12 sobre a reação do Conselho Federal de Medicina à baixa qualidade do ensino de medicina no Brasil) em 13 de dezembro assistimos uma reportagem de 4 minutos e meio sobre a excelência do NHS:

NARRAÇÃO	IMAGEM
<i>“Todos os médicos neste país quando deixam a universidade trabalham pro Ene Eitche És, sigla inglesa que define o Sistema Nacional Hospitalar, o equivalente ao nosso SUS, só que o NHS é considerado o melhor sistema de saúde pública do mundo, permite que os profissionais continuem estudando, se aprimorando, paga bem, e o mais importante: é o mesmo salário pra quem trabalha aqui na capital Londres, numa cidade de porte médio ou num pequeno município isolado, assim há bons médicos espalhados por todo o país .</i>	BANNER REPORTER EM FRENTE A PLACA UNIVERSITY COLLEGE LONDON HOSPITALS NHS

Esse é outro exemplo de matéria de temática internacional, **“só que”** para comparar com o SUS. Neste caso dá a entender que o SUS paga mal os médicos, e por isso há falta de médicos no SUS. Além disso dá a entender também que no SUS falta aprimoramento profissional. Nesta mesma reportagem de 13 de dezembro o tema do subfinanciamento do SUS é detalhado em comparação ao NHS:

NARRAÇÃO	IMAGEM
<p><i>“Segundo a Organização Mundial da Saúde a Grã Bretanha tem quase 3 médicos pra cada mil habitantes e praticamente não há fila nos postos nem nos hospitais. Ainda segundo a OMS enquanto no Brasil apenas 44% dos gastos com a saúde são bancados pelos cofres públicos, na Grã Bretanha o governo chega a cobrir 83% das despesas médicas e hospitalares.”</i></p>	<p>GRÁFICOS 3D BONECO DE MÁDICO AO LADO DAS COLUNAS BANDEIRA DA INGLATERRA 2,64 BANDEIRA DO BRASIL 1,95</p> <p>BANDEIRA DA INGLATERRA 83% BANDEIRA DO BRASIL 44%</p>

Às extensas filas de doentes exibidas nas calçadas do Rio de Janeiro em 4 edições de dezembro segue-se essa reportagem sobre *“o melhor sistema de saúde pública do mundo”* onde não há filas, essa mesma matéria assume como fato midiático a falta de médicos e o subfinanciamento do SUS. O dado apresentado aqui de que o SUS cobre 44% do total gasto no país em saúde é congruente com a matéria de 18 de janeiro quando divulga resultados de pesquisa do IBGE onde os gastos públicos cobrem R\$645 por família enquanto os gastos privados R\$835. Nesta mesma ocasião informa que *“As despesas totais do país com bens e serviços de saúde somaram 283 bilhões”*, enquanto que em 1 de setembro em relação ao NHS informa que *“o caixa do sistema custa o equivalente a 340 bilhões de Reais por ano aos contribuintes britânicos”*. Esses dados somados à extensa representação de carência no hospital público constroem a imagem de um SUS subfinanciado.

V.2 O LADO POSITIVO DO SISTEMA PÚBLICO DE SAÚDE

Embora 52% da amostra sobre o Sistema Público de Saúde reúna representações negativas e focadas na assistência hospitalar, 27 inserções, ou 34% de uma amostra de 79, reportam uma SAÚDE PÚBLICA POSITIVA (Tabela 20) :

- 15% sobre temas de IMUNIZAÇÃO E PREVENÇÃO.
- 7,6% sobre REGULAMENTAÇÃO ASSISTENCIAL.
- 6,4% sobre ASSISTÊNCIA HOSPITALAR POSITIVA.
- 5% sobre CIÊNCIA E TECNOLOGIA.

Fortemente associadas ao Posto de Saúde, Campanhas de Vacinação, inspeção domiciliar por Agentes contra a Dengue, as matérias sobre IMUNIZAÇÃO E PREVENÇÃO compõem a categoria mais frequente de representações positivas sobre a saúde pública, a Epidemiologia, que reúne 20 matérias, ou 25% das inserções que citam explicitamente os serviços públicos de saúde e contém praticamente toda a amostra do Jornal Nacional nesta categoria temática (Tabela 20). Além das ações preventivas e de imunização, esta categoria também inclui matérias sobre o enfrentamento de surtos, o monitoramento de casos e divulgação de dados epidemiológicos, sendo que em 2012 as doenças e agravos referidos nas reportagens sobre saúde pública foram gripe, câncer, drogas, tabagismo, obesidade, diarreia e sintomas respiratórios. Vale destacar que 3 matérias sobre tabagismo e obesidade tratam do alto custo dos tratamentos e cuidados dispensados pelo SUS, inclusive com métodos e programas para mudanças de hábitos. São matérias que mostram uma abrangência da cobertura assistencial do SUS e criticam o peso excessivo destes serviços no orçamento da saúde pública.

É significativo que esse grupo que reúne as campanhas de imunização e o enfrentamento público de doenças concentre as representações positivas do sistema de saúde. Mostra como a vertente campanhista e a vertente verticalizada e focada em doenças, que remontam ao início do século XX, enquanto exercício de uma saúde pública de caráter disciplinar, vive com intensidade no repertório das representações

de saúde. Muito embora o SUS seja fundado no campo da saúde coletiva e resultado das transformações trazidas pelo Movimento da Reforma Sanitária Brasileira, que abre outras perspectivas de produção de saúde, a força do poder disciplinar do Estado sobre os corpos e o controle das doenças segue concentrando as representações positivas da saúde pública.

A REGULAMENTAÇÃO DA ASSISTÊNCIA (Tabela 20), segundo grupo de representações positivas, reúne 6 matérias explicitamente referidas ao SUS:

- 4 sobre a regulamentação dos procedimentos e cirurgias reparadoras pelo SUS para a troca de próteses mamárias impróprias (6/01; 11/01; 13/01 e 18/01).
- 1 sobre a obrigatoriedade legal do SUS para o tratamento do câncer em todo o território nacional (23/11).
- 1 sobre a redução da idade mínima para realização de cirurgia bariátrica pelo SUS (11/10).

O núcleo da positividade nessas matérias é que elas tratam da facilitação do acesso a procedimentos cirúrgicos. Portanto se opõem à falta de acesso ao hospital que é o principal aspecto negativo apontado no IDSUS e nas representações sociais no JN a cerca do SUS.

Embora a maioria das representações sobre o hospital público seja negativa, em 5 matérias que citam o SUS explicitamente, fatos sobre uma ASSISTÊNCIA HOSPITALAR POSITIVA (Tabela 20) são reportados:

- Em 13 de janeiro reporta o sucesso do desenvolvimento de gêmeos prematuros em UTI neonatal de um hospital público em Palmas, Tocantins,

após transferência de Guaraí, em meio à falta de vagas em UTI neonatal no estado.

- Em 1 de março divulga os resultados do IDSUS e, embora paute a dificuldade de acesso e a baixa avaliação do desempenho da rede pública, dedica atenção ao hospital em Vitória do Espírito Santo, que obteve a melhor avaliação de todo o Brasil, com testemunho positivo de usuária.
- Em 18 de abril reporta a eficiência do SAMU na cidade de São Paulo, premiado por instituição americana.
- Em 31 de março noticia a inovação tecnológica em cirurgias de câncer por robô adotada pelo INCA e associada ao SUS.
- Em 13 de agosto reporta uma metodologia de avaliação de osteoporose que faz diminuir a demanda no SUS por exames de densitometria óssea.

Além das duas matérias acima que reportam inovações tecnológicas (31/3; 13/8) mais duas outras associam o SUS ao tema da CIÊNCIA E TECNOLOGIA. Ambas citam que os procedimentos se destinam por ora aos “*pacientes do SUS*”:

- Em 13 de janeiro mostra procedimentos experimentais inovadores no Instituto do Câncer em São Paulo.
- Em 2 de fevereiro trata da produção pioneira de um *stent* brasileiro.

V.3 MATÉRIAS SOBRE SAÚDE PÚBLICA QUE OMITEM O SUS

Dentro do universo da Saúde Pública no Jornal Nacional, 35,7% ou 44 matérias embora reportem ações realizadas e medidas tomadas no âmbito do SUS, este é omitido no fato midiático. O perfil das matérias que omitem o SUS é significativo para o entendimento do lugar que este ocupa nas representações sobre

saúde e particularmente a saúde pública. Entre as matérias que reportam questões ligadas ao sistema público de saúde e omitem o SUS, 41% tratam de questões do mercado de produtos, 25%, e de planos de saúde, 16% (Tabela 21).

Tabela 21 Número de inserções por categoria temática das matérias que reportam a Saúde Pública **sem fazer menção** ao Sistema Público de Saúde.

DISTRIBUIÇÃO POR CATEGORIAS TEMÁTICAS		
CATEGORIA TEMÁTICA	MATÉRIAS	%
MERCADO DE INSUMOS E PRODUTOS DE SAÚDE	11	25
MERCADO DE PLANOS DE SAÚDE	7	16
HOSPITAL	7	16
CIÊNCIA E TECNOLOGIA	6	13,5
COMPORTAMENTO	4	9
EPIDEMIOLOGIA	3	7
QUESTÕES SOCIAIS	4	9
CORPORAÇÃO MÉDICA	2	5
TOTAL	44	100

V.3.1 MERCADO DE PLANOS DE SAÚDE

De imediato se coloca uma discussão sobre as matérias que tratam da prestação e da venda de planos de saúde onde a Agência Nacional de Saúde Suplementar tem participação como órgão público e não há qualquer menção ao SUS ou ao sistema público de saúde. Consideramos que a segmentação do sistema de saúde no Brasil é um problema de saúde pública tendo em vista que:

- a) O crescimento do sistema privado, o qual, segundo a ANS, se tornou o segundo maior sistema privado de saúde do mundo, provê assistência a uma população de 50 milhões de clientes.
- b) A prestação dos serviços de saúde providos pelo sistema privado necessita atender critérios de responsabilidade pública.

- c) O cliente do sistema privado é também usuário do SUS, e faz uso combinado dos serviços.
- d) O sistema privado obtém financiamento público através de mecanismos fiscais, contábeis e políticos apontados no capítulo SUS 25 ANOS.
- e) O sistema privado deve ressarcir o SUS por serviços incluídos na cobertura dos planos de saúde, que forem efetivamente providos pelo SUS aos clientes dos planos.

Tais implicações são suficientes para incluir um grupo de 7 matérias com participação da ANS sobre os planos de saúde na amostra sobre saúde pública que foram ao ar no Jornal Nacional em 2012. A omissão do SUS nestas reportagens, quando se trata dos problemas criados pela segmentação do sistema de saúde, implica a omissão destas implicações: as notícias, como veremos no capítulo sobre o mercado de planos de saúde, se situam no âmbito da defesa do direito do consumidor e estas implicações da segmentação do sistema para o SUS e a saúde pública ficam omitidos.

V.3.2 MERCADO DE PRODUTOS DE SAÚDE

Durante 2012 há uma associação entre o SUS e a Agência Nacional de Vigilância Sanitária em apenas 3 inserções (6/1, 11/1 e 18/1) a respeito da substituição de próteses mamárias impróprias majoritariamente vendidas em clínicas de estética ou implantadas pós-mastectomia. Assim mesmo, nessas reportagens as medidas regulatórias anunciadas pela ANVISA são direcionadas tanto ao SUS quanto aos planos de saúde. Não se trata portanto de uma associação exclusiva e positiva entre o SUS e a ANVISA. Vale lembrar que sobre esta mesma questão

outras 3 matérias não reportam o SUS. Ao todo há 12 inserções nas quais a ANVISA é o ator principal e que não fazem qualquer menção ao sistema de saúde pública e ao SUS (Tabela 22) . Embora as competências da ANVISA sejam circunscritas ao âmbito da saúde pública e do SUS, não há no Jornal Nacional nenhuma alusão ao fato de que a ANVISA integra o SUS, não contemplando a definição da Agência publicada no seu portal <http://portal.anvisa.gov.br/wps/portal/anvisa/anvisa/agencia>:

“Na estrutura da administração pública federal, a Anvisa encontra-se vinculada ao Ministério da Saúde e integra o Sistema Único de Saúde (SUS), absorvendo seus princípios e diretrizes.”

“A Lei Orgânica da Saúde, por sua vez, afirma que a vigilância sanitária – de caráter altamente preventivo – é uma das competências do SUS. Isso significa que o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (SNVS), definido pela Lei nº 9.782, de 26 de janeiro de 1999, é um instrumento privilegiado de que o SUS dispõe para realizar seu objetivo de prevenção e promoção da saúde.”

Assim, como no caso da substituição das próteses mamárias impróprias, a ANVISA em 2012 aparece no Jornal Nacional como um órgão altamente qualificado, com expertise e poder decisório sobre uma variedade de questões de saúde como a composição, indicações e contraindicações de protetores solar, fitoterápicos, suplementos, emagrecedores, a análise da quantidade de sódio nos alimentos, a disposição de remédios nas farmácias e a circulação de produtos de uso hospitalar, como por exemplo o comércio de kits laboratoriais para abastecimento dos hemocentros. Durante a greve do funcionalismo federal em 2012, o que incluiu a ANVISA, essa circulação ficou interrompida e não foram distribuídos os produtos,

com reflexo sobre os fluxos dos procedimentos cirúrgicos em todo país. Essa qualificação da ANVISA, principalmente o seu poder, se distancia das representações de um SUS inferior e carente de recursos estruturais, financeiros e humanos.

Tabela 22 Tipos de referência, instituições citadas, ou omitidas, e assuntos das matérias que não fazem menção ao Sistema Público de Saúde

TIPO DE REFERÊNCIA	INSTITUIÇÃO		ASSUNTO	No.
HOSPITAIS PÚBLICOS	Instituto de Cardiologia - DF	não identif.	Transplante de coração de bebê	12
	Instituto do Câncer - SP		Quimioterapia	
	Hospital das Clínicas - UFBa		Reconstituição óssea por células tronco	
	Hospital público moderno – TO	não identif.	Berçário de alto risco	
	Instituto do Coração - SP		Pesquisa de hábitos alimentares	
	Hospital de Referência Gestantes de Alto Risco	não identif.	Queda da mortalidade infantil	
	Hospital Das Clínicas - SP		Transplante de fígado de bebê	
	IGOPE - Instituto Goiano de Pediatria	não identif.	Crianças salvas de afogamento	
	Santa Casa de Porto Alegre		Transplantes de rins de 8 crianças	
	Hospital de Base - Brasília		Esclerose Lateral Amiotrófica	
	INCA – Instituto Nacional do Câncer	não identif.	Quimioterapia	
	Hospital de Câncer de Barretos		Diagnóstico à distância	
EXECUTIVO FEDERAL	MINISTÉRIO DA SAÚDE	Dengue	3	9
		Obesidade	1	
		Dispersão da Cracolândia em SP	1	
		Greve	1	
		Proibição da venda de planos de saúde por descumprimento de qualidade	1	
		Programa de contratação de médicos para lugares carentes de médicos	1	
	Secretaria Nacional de Atenção a Saúde	Avaliação de obesidade em alunos de escolas públicas	1	1
	MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO	Plano de formação de mais médicos no país		
	ANVISA	Próteses mamárias	3	12
		Protetor solar	1	
		Fitoterápicos	1	
		Suplementos	1	
		Emagrecedores	1	
		Disposição de produtos em farmácias	1	
		Quantidade de sódio no pãozinho	1	
		Greve na ANVISA - desabastecimento dos hemocentros	3	
	ANS	Venda de planos de saúde	5	7
		Venda de remédios por planos de saúde	1	
		Avaliação de qualidade dos planos	1	

V.3.3 HOSPITAIS PÚBLICOS

Outro campo em que há ocultamento do SUS reúne 27% da amostra onde 12 matérias reportam temas positivos sobre Assistência Hospitalar, Pesquisa e Tecnologia (Tabela 22). O SUS é invisível quando se trata de caracterizar feitos incríveis em hospitais públicos ou conveniados com o SUS geradores de grande alegria para as famílias, as equipes de profissionais, pesquisadores e para o telespectador, como por exemplo:

- A urgência do transporte de um coraçãozinho do Rio de Janeiro para Brasília e o transplante, que salvou um bebê de 1 ano e 8 meses (6 de Janeiro)
- O transplante de fígado num bebê de apenas 2 meses de vida no HC em São Paulo (3 de Julho)
- O transplante de 7 rins em menos de 48 horas na Santa Casa de Porto Alegre para 3 meninos e 4 meninas do Rio Grande do Sul, Santa Catarina, Rondônia e Brasília (10 de Agosto)
- A ampliação dos atendimentos de pacientes com Esclerose Lateral Amiotrófica nos Hospital de Base em Brasília (18 de Agosto)
- O crescimento saudável de gêmeos prematuros em UTI neonatal de um hospital público não identificado em Palmas (5 de Março)
- A reconstituição óssea por células tronco em pacientes do Hospital das Clínicas em Salvador (20 de Janeiro)
- A esperança de pacientes que se submetem a tratamentos experimentais inéditos no Instituto do Câncer em São Paulo (13 de Janeiro)

- A queda da mortalidade infantil associada a assistência hospitalar para gestantes de alto risco e UTI neonatal, em reportagem em um Hospital de Referência não identificado na região Nordeste (1 de Maio)
- O salvamento de duas crianças afogadas, pelo serviço de resgate, emergência e UTI de hospital público infantil não identificado em Curitiba (3 de Julho)
- A tecnologia e o desempenho de equipe de diagnóstico a distância do Hospital de Câncer de Barretos (8 de dezembro)
- O desenvolvimento de uma nova tecnologia quimioterápica contra metástase óssea por cientistas do INCA e UFRJ (27 de agosto)

A invisibilidade é fabricada ocultando qualquer menção de que a instituição que aparece na matéria ou o fato narrado estão vinculados ao Sistema Único de Saúde. O texto da matéria não deixa transparecer que se trata de um serviço ou uma ação provida pelo SUS, ou de uma instituição do SUS, ou por ele financiada, ou a ele conveniada. No letreiro que identifica o médico ou responsável pela ação, o nome da instituição também pode ser omitido. Evita-se aparecer na imagem algo que identifique o SUS, por exemplo:

- Em 5 de março a mãe de gêmeos prematuros declara sua felicidade ao testemunhar os cuidados para com seus filhos em um hospital não identificado. Trata-se de um hospital público.
- Em 6 de Janeiro a equipe médica, que realizou com sucesso o transplante do pequenino coraçãozinho, dá entrevista coletiva diante de um painel onde a palavra Instituto está invisível de modo que temos a leitura apenas da palavra *Cardiologia*. O Instituto de Cardiologia do Distrito Federal tem no governo

federal o principal signatário do convênio que administra o hospital desde 2009, e não está identificado em nenhum momento da reportagem.

Edição 6 de Janeiro

6 de Janeiro

NARRAÇÃO	IMAGEM
<p><i>“De acordo com os médicos a criança se recupera bem aqui na UTI Pediátrica. Em um mês ela poderá voltar pra casa. A criança vai tomar remédios para evitar a rejeição ao novo coração e também terá acompanhamento médico frequente, cuidados normais após um transplante, e poderá ter uma vida sadia e alegre como deve ser a infância.”</i></p>	<p>REPORTER NO AMBIENTE DE UTI MODERNA NOVA NÃO IDENTIFICA INSTITUIÇÃO</p>

Edição 6 de Janeiro

Em 18 de Dezembro o SUS também está invisível no programa de diagnóstico à distância, conveniado ao SUS, realizado por equipes do Hospital do Câncer de Barretos. Este hospital é referência de uma vasta região, e, através de uma unidade móvel com equipe profissional e estrutura para exame e transmissão de imagem, o programa proporciona melhor atendimento ao usuário da rede pública, pois evita encaminhamentos e viagens desnecessários.

Essa mesma invisibilidade é verificada quando se reportam pesquisas e dispositivos tecnológicos produzidos por instituições vinculadas ao SUS.

13 de Janeiro

"Fazer do Brasil uma referência em pesquisa científica: esse é o objetivo do Instituto do Câncer aqui em SP"

A reportagem de 13 de Janeiro mostra uma sala hospitalar, um ambiente claro, limpo e novo, equipada com aparelhos eletrônicos e telas de monitoração, onde pacientes recebem tratamento quimioterápico. A reportagem ilustra a ação do medicamento nas células por animação gráfica. O SUS só é citado na reportagem como fonte de pacientes voluntários para teste de medicamentos:

*"para que medicamentos contra a doença sejam testados na primeira fase do **experimento em pacientes do SUS**, como já acontece em outros países. É a chamada Fase 1, quando esses medicamentos, já testados em células e em animais, **começam a ser administrados em humanos**."*

Por mais que a instituição faça parte do sistema público de saúde, e seja o SUS o ambiente no qual a instituição existe e é regulada pelos fluxos de financiamento e de usuários da rede pública, a vinculação ao sistema é omitida. Ao contrário, o objetivo é isolar o nome da instituição. Os méritos dos avanços tecnológicos não são compartilhados, e quando o SUS aparece como fonte de usuários-teste está associado subliminarmente à uma imagem de gratuidade. O paciente do SUS é um bom

voluntário pois ele está “ganhando de graça” um tratamento.

2 de Fevereiro

NARRAÇÃO	IMAGEM
<i>“Depois de 7 anos de pesquisa o Instituto do Coração em SP desenvolveu um modelo mais barato de stent”</i>	MÉDICOS DIANTE DE MONITORES COM IMAGENS DO SISTEMA CIRCULATÓRIO
<i>“É um dispositivo que ajuda desobstruir as artérias e que é implantado. O stent brasileiro deve começar ser usado em pacientes do SUS na semana que vem.”</i>	DETALHE DO STENT

Como veremos no capítulo sobre as instituições centrais nas reportagens sobre saúde, há uma dissociação entre o SUS e o Ministério da Saúde. Aqui, quando se trata de esconder o SUS, mesmo que o Ministro da Saúde, ao fazer seu depoimento, se poste diante de um painel com a logomarca do SUS ou vista uma camisa que estampa essa logomarca, o ângulo e o enquadramento faz o SUS desaparecer.

- Em 2 de Outubro o Ministro da Saúde presta depoimento sobre a interdição da venda de 301 planos de saúde diante de um painel onde a cabeça do Ministro encobre a palavra *SUS* durante seu depoimento.

Edição 2 de Outubro

Edição 28 de Julho

- Em 28 de julho o Ministro da Saúde presta depoimento em uma escola durante uma ação de prevenção à hepatite C e a palavra *SUS* estampada em sua camisa fica encoberta pelo microfone.

Em 2012 o SUS também não é mencionado em duas reportagens que tratam da falta de médicos que é um dos grandes problemas atribuídos ao SUS:

- Em 10 de dezembro a reportagem faz um retrato trágico da falta de médicos em hospitais públicos. Nestas reportagens o profissional médico é tido como um bem do qual o sistema público tem carência. A corporação médica, associada ao bem desejado, é contra ao programa federal de ampliação do ensino de medicina e critica baixa qualidade da formação médica provida pelo programa. O SUS não é mencionado, mas fica subentendido nas imagens de um hospital público carente. Por outro lado a desqualificação do programa do governo desqualifica a formação médica para suprir a saúde pública.
- Em 27 de dezembro a reportagem noticia o programa do Ministério da Saúde para atrair jovens médicos para lugares com falta deste profissional.

27 de Dezembro

NARRAÇÃO	IMAGEM
<i>“Formado há 1 ano e meio o clínico Pedro Dantas foi ganhar experiência no interior de Pernambuco, desde março faz parte de um programa do governo federal que seleciona médicos para trabalhar na periferia das capitais e no interior do país.”</i>	MÉDICO DE BRANCO DA ENTREVISTA
<i>“É uma experiência muito gratificante que te expõe a situações que você não está acostumado. Te fortalece como profissional.”</i>	DEPOIMENTO DO MÉDICO

<i>“Pedro fez parte de uma minoria. Na primeira edição do programa 381 médicos foram contratados, numero que o governo considera bom mas que significa pouco mais de um terço das 1000 vagas oferecidas. A baixa procura levou o Ministério da Saúde a mudar algumas regras no programa que pretende levar médicos a regiões mais pobres e carentes do país.</i>	IMAGEM SALA HOSPITALAR MEDICA E AUXILIAR CLOSE CIRURGIÕES DE MASCARAS E TOUCA SALA DE CIRURGIA CORREDOR COM PACIENTES ACOMPANHANTE SEGURA O SORO AO LADO DE PACIENTE
--	---

A reportagem situa o programa do governo num campo positivo, mas destaca a baixa adesão dos médicos à iniciativa. Se falta adesão dos médicos é porque não é satisfatório, o programa apresenta problemas, conforme depoimento a seguir:

NARRAÇÃO	IMAGEM
<i>“Acho que precisa aprimorar um pouco mais esse programa. Melhorar as condições de trabalho! Porque não adianta só salário. Então ter uma facilidade de acesso a centros mais complexos.”</i>	MÉDICO DE BRANCO, GRAVATA COM ESTETOSCÓPIO NO PESCOÇO PRESTA DEPOIMENTO FALA COM IRONIA
<i>“Mas o Ministro da Saúde acredita que as mudanças vão contribuir para aumentar o numero de médicos nos hospitais das áreas mais carentes.”</i>	FACHADA MINISTÉRIO DA SAUDE

Observa-se então que o foco das aspirações expressas no depoimento do médico e na narração do repórter repousa sobre o *“acesso a centros mais complexos”* e *“aumentar o numero de médicos nos hospitais”*. Por um lado há uma rejeição por parte do médico entrevistado ao trabalho em equipamentos de menor complexidade, na Atenção Básica, visto como um trabalho em pior condição. Por outro lado a narração afirma que o programa do governo está voltado para provimento médico a hospitais das áreas mais carentes. Omite-se que a Unidade Básica de Saúde é o destino do médico contratado pelo governo neste programa.

Vale dizer que a reportagem omite o nome do programa: PROVAB – Programa de Valorização dos Profissionais da Atenção Básica.

- Em 1 de Maio essa distorção imposta pela onipresença do hospital reaparece na reportagem sobre a queda da mortalidade infantil. Aqui a drástica redução da mortalidade é declarada como uma conquista que se deve, entre outros fatores, às “*políticas públicas na Saúde*”.

1 de Maio

NARRAÇÃO	IMAGEM
“O último Senso demonstrou uma conquista: a mortalidade infantil no primeiro ano de vida caiu 47,6%”	FAMÍLIA NUMEROSA POBRE DIANTE DE CASEBRE DE TAIPA
“O resultado, segundo o IBGE, vem das políticas públicas na Saúde, da maior escolaridade das mães, o aumento da renda e também da diminuição do número de filhos nas famílias. ”	UTI NEONATAL: ENFERMEIRA CUIDA DE BEBÊ PREMATURO PACIENTE E TÉCNICA EM SALA ULTRAMODERNA DE EXAME

Tratando-se de omissões vale questionar: mas quem põe essas “*políticas públicas na Saúde*” em prática? O SUS tem a ver com essas políticas e a queda da mortalidade infantil? Além de ignorar o sistema de saúde a matéria mostra imagens de UTI neonatal e contradiz narração dos dados fornecidos pelo IBGE que apontam fatores sócio-políticos que contribuem para o resultado alcançado como escolaridade, renda familiar e quantidade de filhos. A associação entre Saúde e Hospital é tão forte que a reportagem contradiz a informação do IBGE e foca uma UTI neonatal, cuja vinculação com o SUS também é omitida:

1 de Maio

NARRAÇÃO	IMAGEM
“Neste hospital de referência pra gestantes de alto risco a tranquilidade das mães é visível, até entre elas que estão com bebês prematuros que estão na UTI. Este contato permanente com o	CENA DE HOSPITAL COM ISOLETES NOVAS E VAZIAS ENFERMEIRA TRAZ BEBÊ PARA A JOVEM MÃE MÃE PARAMENTADA DE INTERNA

<i>filho se tornou um fator decisivo na redução da mortalidade.”</i>	NO LEITO COM BEBÊ ENFERMEIRA MANIPULA BEBÊ NUMA ISOLETE MÃO TOCA BEBÊ PREMATURO
<i>“Nós sabemos que essa participação da mãe junto ao bebê ele recupera mais rápido e mais eficazmente.”</i>	CHEFE DE NEONATOLOGIA PRESTA DEPOIMENTO
<i>“Pra incentivar a permanência das mães com os filhos, o hospital paga o transporte delas até aqui e a alimentação. As mulheres retiram o leite materno a cada 2 horas e levam até o bebê na UTI. Um remédio que tem gerado resultados.”</i>	REPORTER NA SALA DE AMAMENTAÇÃO COM VÁRIAS MÃES AMAMENTANDO OU RETIRANDO LEITE

Edição 1 de Maio

Ao atribuir a queda da mortalidade infantil à UTI neonatal omite-se novamente a Atenção Básica a qual deveria ser o principal responsável pelos cuidados à gestante e seu bebê.

V.4 A ATENÇÃO BÁSICA

Nas matérias que tratam da saúde pública no Jornal Nacional a abordagem da Atenção Básica é dissimulada. Essa condição é dada pelo espaço ocupado pelo hospital como o equipamento de saúde por excelência, sobre o qual se reporta

detalhes a respeito das especialidades médicas, recursos tecnológicos e casos bem sucedidos. Inversamente a Unidade Básica inexistente enquanto equipamento de resolução clínica.

Ao longo do ano, 21 inserções noticiam Campanhas de Vacinação ou exibem cenas de equipes e equipamentos de Unidades Básicas de Saúde. Dentre estas, como vimos anteriormente na seção sobre os tipos de referência ao Sistema Público de Saúde, 18 fazem referência explícita verbal ou por imagem a equipamentos da Atenção Básica. Outras 3 inserções são chamadas para campanhas de vacinação onde apenas o apresentador fala sem nomear equipamentos ou exibir imagens do serviço. Entre estas 18 matérias encontramos:

- 11 inserções trazem referências verbais a Postos de Saúde, Unidade Básica ou Equipe Básica de Saúde.
- 11 matérias mostram cenas de equipes ou equipamentos da Atenção Básica.
- 4 apresentam referências verbais e por imagem simultaneamente.

V.4.1 IMUNIZAÇÃO COMO ÍCONE POSITIVO DA ATENÇÃO BÁSICA

Embora a Atenção Básica seja um modelo de atenção complexo que abrange diversas formas de produção de cuidado, referente a uma demanda diversificada, os procedimentos de imunização concentram as representações positivas da rede de Atenção Básica. Sem se ocupar dos fatores históricos envolvidos nessa positividade, ou da efetividade no atendimento das inúmeras necessidades de saúde pelas unidades básicas, o fato midiático é que o trunfo da Atenção Básica se apoia sobre a vacina. (Anexo 1 Edição 11 de Setembro)

Ao longo do ano, 13 das 21 inserções sobre a Atenção Básica reportam campanhas de imunização contra gripe, pólio, atualização das cadernetas de vacinação infantil que abrange difteria, tétano, coqueluche, meningite e hepatite B e recomendações pontuais contra sarampo e pneumonia. Observamos nestas matérias o semblante sorridente dos apresentadores que anunciam a campanha, a presença de crianças bonitas e felizes, o depoimento técnico que confere confiabilidade ao procedimento, o depoimento emocional de mães, a exibição de ambientes limpos e confortáveis na Unidade Básica, e o chamado positivo do repórter para o Posto de Saúde.

14 de Agosto

NARRAÇÃO	IMAGEM
<i>“Um ano e 3 meses de pura energia! Na rua ou em casa, difícil manter o Vitor parado por muito tempo.</i>	MENINO ANDA VELOZMENTE PELO JARDIM DO PRÉDIO MENINO BRINCA COM A MÃE SALA DE APARTAMENTO DE CLASSE MÉDIA EM BRASÍLIA
<i>“Nesta caderneta que registra todas as vacinas que ele tomou desde o nascimento está muito do segredo da saúde do menino.”</i>	IMAGEM CAPA DA CADERNETA MÃE COM MENINO NO COLO SENTADOS NO SOFÁ DA SALA COM A CADERNETA
<i>“Nunca deixamos de dar nenhuma das vacinas que ele tem que tomar. Ver uma criança correndo rindo é fantástico!”</i>	MÃE PRESTA DEPOIMENTO COM FILHO
<i>“A caderneta de vacinação de Vitor é um exemplo que o Ministério da Saúde espera que seja seguido por milhões de pais pelo Brasil.”</i>	DETALHE CADERNETA SALA DE UNIDADE BÁSICA COM MÓVEIS NOVOS PAREDES DECORADAS PROFISSIONAL UNIFORMIZADA, MÃE COM FILHO NO COLO, ENFERMEIRA PREENCHE A CADERNETA
<i>“Todas as crianças até 5 anos de idade devem ser levadas aos postos de saúde é a Campanha Nacional para atualização das cadernetas de vacinação. Segundo o Ministério da Saúde a expectativa é de vacinar pouco mais de 14 milhões de crianças.”</i>	REPORTER EM FRENTE A UBS

Essa representação positiva da vacina, aparece de forma dramática na busca espontânea da população por vacina contra a gripe quando do surto na região sul do país. Essa pressão fez com que os secretários de saúde reivindicassem do governo federal centenas de milhares de doses de vacina contra a gripe. A princípio técnicos e gestores do Ministério da Saúde declararam ineficaz a vacinação em massa durante o surto. (Anexo 2: Edição 15 de Junho). Configura-se um conflito entre as demandas da população e o Ministério da Saúde onde a TV passa a ser palco de uma discussão técnica sobre imunização.

17 de Julho

NARRAÇÃO	IMAGEM
<i>“Mas o Ministério da Saúde diz que não é eficaz aumentar os grupos de vacinação e que a época escolhida para a campanha este ano foi correta.”</i>	MÃOS DE TÉCNICO MANIPULAM CAIXAS REMEDIOS TAMIFLU. GESTOR SEC DE VIGILANCIA A SAUDE COM BANDEIRA DO BRASIL AO FUNDO
<i>“A vacina como ela precisa de um mês, ela atinge entre o 1o. e o 2o. mês o pico da proteção. Depois disso ela começa a declinar. O pico da transmissão se dá entre julho e agosto, é por isso que a vacinação aí é em abril e maio e não antes nem depois, fornece a melhor proteção possível.”</i>	JARBAS BARBOSA SEC DE VIGILANCIA MIN DA SAUDE

A argumentação técnica amplamente divulgada na TV não muda a configuração simbólica da vacina enraizada na sociedade como procedimento de proteção. Essa força simbólica é tal que faz gestores de saúde procederem a imunização dos usuários independentemente da ineficácia técnica da ação. (Anexo 3: Edições 10 de Julho e 17 de Julho)

20 de Julho

NARRAÇÃO	IMAGEM
<p><i>“A vacinação contra a gripe A provocou uma fila enorme no norte do Paraná. 6 mil doses não foram suficientes para vacinar moradores de Maringá. Quem estava na fila protestou e a polícia foi chamada para evitar a invasão do prédio da Secretaria de Saúde. Segundo o Ministério da Saúde 400 mil novas doses devem chegar ao estado na semana que vem. 23 pessoas morreram este ano no Paraná vítimas da gripe A.”</i></p>	<p>IMAGEM DE MULTIDÃO E FILA EM POSTO DE SAÚDE</p>

Esse episódio permite reconhecer que a mídia não tem autonomia sobre a construção das representações sociais que ela publica. Aqui tanto os secretários de saúde, quanto o Ministério da Saúde e a TV, embora cientes de que a vacinação durante um surto não impede o contágio, atendem às demandas de proteção simbólica que a vacina proporciona. É sobre essa base simbólica que se assentam as representações positivas da Atenção Básica.

V.4.2 OCULTAMENTO DO SUS E DA ATENÇÃO BÁSICA

O SUS tende a ficar na sombra não somente nos temas da alta complexidade hospitalar e tecnologia de ponta: as 13 matérias que noticiam as campanhas de imunização, como vimos anteriormente, não fazem referencia explícita ao *SUS*. Em todas as 123 matérias que abordam a saúde pública, há apenas uma, em 31 de maio sobre tabagismo, em que aparece uma referencia ao SUS e ao Posto de Saúde na mesma matéria. A invisibilidade do SUS nas ações de prevenção e promoção da saúde é notória nos exemplos que se seguem:

- Em 7 de janeiro um Agente de Saúde faz visita domiciliar para prevenção da Dengue e presta depoimento, mas em nenhum momento é citado em que instituição esse agente serve.
- Em 5 de Março a reportagem trata de uma campanha nacional contra a obesidade infantil:

NARRAÇÃO	IMAGEM
<i>“5 milhões de alunos da rede pública de 5 a 19 anos vão receber atenção especial nessa semana no Brasil inteiro e são o motivo de uma campanha contra a obesidade”</i>	EM UMA ESCOLA CRIANÇAS DE 11 A 14 ANOS SENDO EXAMINADAS POR PROFISSIONAIS DE SAÚDE
<i>“As 22 mil escolas que participam desta semana de mobilização, na hora do lanche passa a ser também um momento de aprendizado: como se alimentar bem, ter hábitos saudáveis, evitando a obesidade infantil.”</i>	REPORTER FALA EM UM REFEITÓRIO ESCOLAR MESA DE REFEITÓRIO COM CRIANÇAS E MUITAS MAÇÃS LETREIRO EXCESSO DE PESO
<i>“Intervir na obesidade infantil é fazer uma perspectiva de proteção geracional, de toda uma geração de brasileiros e brasileiras mais saudáveis no futuro.”</i>	DEPOIMENTO SECRETÁRIO NACIONAL ATENÇÃO A SAÚDE

De onde vieram esses profissionais de saúde que estiveram nas 22 mil escolas examinando 5 milhões de alunos? A reportagem dá a palavra a um gestor federal que fala em nome de uma secretaria e, ao longo da reportagem aparentemente não há um sistema de saúde. A mesma invisibilidade observa-se na reportagem sobre a prevenção da hepatite:

28 de Julho

NARRAÇÃO	IMAGEM
<i>“Quanto mais cedo descobrir melhor: uma gota de sangue e o resultado sai em menos de 5 minutos. O mutirão realizado em Ceilândia faz parte de uma campanha nacional pra prevenir as hepatites B e C.”</i>	PROFISSIONAIS DE SAÚDE ATENDENDO POPULAÇÃO NUM AMBIENTE ESCOLAR. DETALHE DE MÃOS COM LUVAS MANIPULAM O DEDO DE UMA MÃO PARA COLETA. DETALHE DO APARELHO

Edição 5 de Março

Edição 28 de Julho

Nestas matérias vemos profissionais de saúde atuando em ações preventivas mas ignora-se quem são eles: trabalhadores da Atenção Básica do Sistema Único de Saúde. Há portanto um duplo ocultamento:

- a) Como vimos anteriormente na seção sobre os tipos de referências ao SUS, observamos que nenhuma matéria sobre imunização associa as cenas nos equipamentos e equipes de Atenção Básica ao *SUS*. Quando se trata de vacina as matérias se referem exclusivamente aos *Postos de Saúde*.
- b) Também observamos que de 4 reportagens que trazem ações educativas de caráter preventivo tratadas positivamente, 3 não mencionam nem o *SUS* nem as equipes de Atenção Básica, Postos de Saúde ou Unidades Básicas de Saúde.

Entre as 123 matérias que abordam a saúde pública, há apenas uma em 31 de maio, em que aparece uma referencia ao *SUS* e ao Posto de Saúde, nas ações do Dia Mundial sem Tabaco no Rio de Janeiro, quando temos um exemplo de que uma ação educativa pode ser explicitamente associada verbalmente e por imagem à equipe e ao equipamento de Atenção Básica. (Anexo 4: Edição 31 de Maio).

Outra face desse ocultamento da Atenção Básica é observado quando da reportagem sobre a avaliação do SUS, o IDSUS. Em primeiro lugar a abertura da reportagem se limita à avaliação da assistência hospitalar destacando os seus problemas:

1 de Março

NARRAÇÃO	IMAGEM
<i>“O Ministério da Saúde divulgou hoje um levantamento dos problemas de atendimento em hospitais conveniados ao SUS”</i>	APRESENTADORA PATRICIA POETA

Em segundo lugar a Atenção Básica é apenas citada de passagem: sem utilizar o termo Postos de Saúde que, como vimos, é associado positivamente à proteção pela vacina, e sem exibir nenhuma imagem de equipes e equipamentos de Unidades Básicas de Saúde. (Anexo 5: Edição 1 de Março).

Edição 1 de Março

Essa é a única menção da matéria às “*equipes básicas de saúde*”. Adiante a reportagem irá focar exclusivamente os hospitais públicos sem trazer nenhuma informação sobre a avaliação da Atenção Básica. Esse ocultamento demonstra o desinteresse pela Atenção Básica enquanto estratégia de assistência às necessidades de saúde, e um interesse concentrado no provimento de serviços hospitalares.

V.4.3 A ATENÇÃO BÁSICA COMO ASSUNTO SECUNDÁRIO

Diferentemente das matérias sobre o hospital público ou privado, sempre focadas nos detalhes do tema, a Atenção Básica é referida como assunto secundário exceto nas inserções sobre vacinação.

- Em 20 de Janeiro uma matéria de 2 minutos e 29 segundos sobre surto de diarreia em aldeias indígenas no Acre é toda realizada no Hospital da Criança em Rio Branco. Nesta, há uma referência às “*Equipes de Saúde Indígena*”, que dura 32 segundos, onde o Repórter fala num ambiente com vegetação ao fundo parecendo que ele está próximo às aldeias indígenas mas o letreiro indica que ele fala de Rio Branco (Anexo 6: Edição 20 de Janeiro)
- Em 31 de maio a matéria no Dia Mundial sem Tabaco com 2 minutos e 5 segundos de duração, trata do impacto do alto custo do tabagismo no orçamento do SUS. Nesta, a referencia citada acima sobre ações educativas na Atenção Básica ocupa 22 segundos.
- Em 1 de Junho dentro de uma reportagem de 4 minutos e 42 segundos sobre saneamento básico em Uberlândia, há uma pequena referencia às Unidades Básicas de Saúde com 29 segundos de duração (Anexo 7: Edição 1 de Junho).
- Em 7 de dezembro em uma matéria sobre a seca em Irauçuba no Ceará, com 2 minutos e 4 segundos, o hospital e o posto de saúde locais são citados sem discriminar de qual equipamento são as imagens exibidas. As cenas podem ser vistas como da Atenção Básica, incluindo o depoimento de enfermeira, e duram 21 segundos:

7 de Dezembro

NARRAÇÃO	IMAGEM
<p><i>“O hospital e o posto de saúde precisam do caminhão pipa pra prestar atendimento aos pacientes que chegam com sintomas de contaminação.”</i></p>	<p>CAMINHÃO PIPA CHEGA EM FRENTE AO EQUIPAMENTO DE SAÚDE CRIANÇA SENDO EXAMINADA POR MÉDICA</p>
<p><i>“Vomitando, vomitando, eu dei soro, não sustentou, vomitando, e diarreia.”</i></p>	<p>MÃE PRESTA DEPOIMENTO NO EQUIPAMENTO DE SAÚDE LIMPO E VAZIO</p>
<p><i>“A água de má qualidade, daí acontece os casos de verminoses e diarreias, principalmente em crianças.”</i></p>	<p>ENFERMEIRA PRESTA DEPOIMENTO</p>

Edição 7 de Dezembro

Além do fato da Atenção Básica ocupar um lugar secundário, encontramos nesta amostra de matérias que não enfocam imunização, uma associação com ambientes desprovidos de boa assistência à saúde como aldeias indígenas, municípios carentes do nordeste e periferias urbanas sem saneamento básico, desenhando um tipo de representação da Atenção Básica mais afeito à imagem de um SUS carente para pobres.

V.4.4 REFERÊNCIAS NEGATIVAS À ATENÇÃO BÁSICA

Além de não associar explicitamente as campanhas de vacinação com o SUS, ocultar a associação da Atenção Básica com ações educativas e de prevenção, como o Programa Saúde na Escola em 5 de março, e desenhar associações desta com lugares desprovidos de boa assistência, em 2012 o Jornal Nacional também publica reportagens onde a Atenção Básica está associada à má gestão, violência e ilegalidade em 26 de Abril, 5 de Setembro e 15 de Dezembro:

- Em 26 de Abril a reportagem denuncia o desperdício de quantidades de remédios vencidos nos equipamentos de saúde Várzea Grande no Mato Grosso:

26 de Abril

NARRAÇÃO	IMAGEM
<i>“Um levantamento da Secretaria de Saúde de Várzea Grande em Mato Grosso descobriu milhares de remédios com prazo de validade vencidos em ambulatórios e hospitais da cidade.”</i>	APRESENTADORA PATRICIA POETA
<i>“Nos Postos de Saúde a população de Várzea Grande reclama.”</i>	USUARIOS ENTRAM NUM EQUIPAMENTO ESCRITO POLICLÍNICA
<i>“Toda vez que eu venho não encontro remédio.”</i>	DEPOIMENTO SENHOR
<i>“Isso é um absurdo! É um desrespeito</i>	DEPOIMENTO JOVEM COM NARIZ

<i>com a cidadania varzeagrandense e mato-grossense em geral!”</i>	PINTADO DE PALHAÇO
--	--------------------

De imediato é mais uma reportagem que denuncia problemas de má gestão no SUS, neste caso se refere aos “*Postos de Saúde*” mostrando uma Atenção Básica no mínimo desatenta à data de validade dos remédios. Num olhar mais atento vemos que o denunciante é a própria Secretaria da Saúde, então alguém mais é responsável pelos danos causados aos usuários, ao erário público, ao SUS. A matéria oculta os responsáveis ou suspeitos. No caso o gestor municipal de saúde anterior realizou compra no valor de R\$ 400 mil, sem licitação, de remédios que ficaram armazenados (GLOBO, 2012). No ano seguinte, no Mato Grosso, Organizações Sociais de Saúde foram investigadas sobre o mesmo tipo de problema: remédios vencidos (IOMAT, 2014). Mas ao contrário de defender, a matéria acima ataca o SUS que, além de prejudicado por interesses privados envolvidos no comércio de remédios, fica desqualificado diante dos usuários.

- Em 5 de Setembro a reportagem noticia o assassinato de uma usuária dentro de uma Unidade Básica no Rio de Janeiro:

5 de Setembro

NARRAÇÃO	IMAGEM
<i>“Um policial militar é suspeito de matar uma jovem com um tiro de fuzil dentro de um Posto Médico no Rio de Janeiro.”</i>	APRESENTADORA PATRICIA POETA
<i>“Claudia foi baleada dentro deste Posto de Saúde na Zona Norte do Rio. Ela tinha ido levar o filho de 11 anos para uma consulta quando um bandido fugindo da policia invadiu o posto. Lá dentro no meio de várias pessoas houve uma troca de tiros.”</i>	FOTOGRAFIA DA MULHER ASSASSINADA IMAGEM EXTERNA POSTO DE SAUDE MODESTO E LIMPO COM POPULARES DIANTE DE PORTA FECHADA. CENAS DO CORREDOR EXTERNO DA UNIDADE. RUA EM FRENTE A UNIDADE COM VIATURA POLICIAL.

	DETALHE DE PAREDE FURADA COM TIRO
<i>“A família questiona a ação da polícia de trocar tiros com um bandido dentro de um Posto de Saúde.”</i>	REPORTER NA RUA A NOITE

Nessa matéria o Posto de Saúde é associado à falta de segurança, risco de vida e reforça a representação da Atenção Básica como provimento de serviços de saúde aonde há maior vulnerabilidade social. Nesse sentido a Atenção Básica é o SUS mais pobre, ele está onde qualquer bandido ou policial entra sem reparar nas pessoas que estão ali: não é um lugar respeitado. Essa desqualificação do valor da Atenção Básica, desqualifica também o usuário: também não há respeito a quem está lá para ser atendido. Se a pessoa que busca atendimento e cuidados deseja que a sua vida seja defendida por todos os meios, o que corresponde ao valor da sua vida, a matéria indica que um equipamento da Atenção Básica não é um lugar propício para isso: o fato midiático diz que num equipamento desses a vida das pessoas tem menor valor. Isso que se expressa na TV não é novidade. Nossa cultura valoriza mais a vida de uns do que de outros. Não somente o bandido e os policiais invadem um espaço que deveria ser socialmente protegido, mas o próprio jornal é invasivo: entra no equipamento atrás de notícia policial sem reverência aos usuários daquele lugar, sem atentar para a desvalorização da vida das pessoas que usam aquele espaço. Essas questões não são objeto da reportagem.

- Em 15 de Dezembro a reportagem flagra profissionais médicos trabalhando sem registro no CRM em Unidade Básica de Saúde da Família em Tarauacá no Acre:

15 de Dezembro

NARRAÇÃO	IMAGEM
<i>“Existe gente sem diploma reconhecido exercendo a profissão ilegalmente”</i>	REPORTER NARRA SOBRE IMAGENS EM SILHUETA DE MÉDICO DEPOENTE
<i>“Tem muita gente sem CRM trabalhando em pequenos interiores em estados do Norte”</i>	DEPOIMENTO DO MÉDICO EM SILHUETA
<i>“Foi o que constatou o Conselho Regional de Medicina do Acre.”</i>	FACHADA DE UM POSTO DE SAÚDE COM PLACA: UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA . MUSICA DRAMÁTICA PLACA DA PREFEITURA RASGADA NA ENTRADA
<i>“Nessa blitz recente, um flagrante: duas mulheres trabalhando sem registro no município de Tarauacá. Um problema grave denunciado também em outras regiões do país.”</i>	CÂMERA OCULTA POR TRÁS DE UM ORIFÍCIO: CENAS DE UMA MULHER NO AMBULATÓRIO.
<i>“A gente esta fazendo uma vistoria aqui nessa unidade.”</i>	FALA DE AGENTE DO CRM DO ACRE
<i>“É uma situação grave. É uma situação de polícia, uma situação criminosa que vem ocorrendo.”</i>	DEPOIMENTO PRESIDENTE DO SINDICATO DOS MÉDICOS PERNAMBUCO

Edição 15 de Dezembro

Esse trecho de 40 segundos de duração, que reporta uma Unidade de Saúde da Família no Acre, está contido em uma matéria de 3 minutos e 4 segundos sobre a revalidação de diplomas de médicos brasileiros que se formaram em medicina principalmente na Bolívia. Esta reportagem em 15 de dezembro compõe com outras três no mesmo mês sobre a falta de médicos na saúde pública (27/12), a formação médica no país (10/12) e a formação médica na Grã Bretanha (13/12). São quatro momentos em que a corporação médica critica o provimento público de assistência médica e a qualificação do profissional médico no Brasil. Em 27 de dezembro a reportagem sobre o programa de contratação de jovens médicos pelo governo federal mostra uma aspiração da corporação médica para atuar em equipamentos de maior complexidade, e uma crítica às piores condições de trabalho nos equipamentos básicos, principalmente nas regiões mais carentes e prioritárias para o programa governamental de contratação de médicos para o SUS. Em 10 de dezembro a corporação médica critica a baixa qualidade da formação provida pelo programa

governamental de ampliação do ensino de medicina. Em 13 de dezembro a reportagem sobre o NHS valoriza a formação médica voltada para a alta complexidade e a pesquisa biomédica. Essa composição de temas constrói uma polaridade onde a Atenção Básica se situa num campo de baixa qualificação médica associada à baixa complexidade assistencial, em oposição ao NHS que representa alta qualificação profissional para atuação em equipamentos de alta complexidade hospitalar.

Em 15 de dezembro a matéria informa que 90% dos médicos que realizam o exame REVALIDA, reconhecido pelo Ministério da Educação, são reprovados e não obtêm revalidação do diploma. A repórter entrevista um médico que testemunha o trabalho ilegal de médicos, sem registro no CRM, em *“estados do Norte”*. *Um problema grave denunciado também em outras regiões do país.*”

A Unidade de Saúde da Família retratada em 15 de dezembro é apresentada com a identificação rasgada na fachada, instalações modestas, uma trilha sonora dramática e uma imagem desfocada de baixa resolução de uma câmera oculta que mal vê o objeto: médicos trabalhando ilegalmente no ambulatório da Unidade. É o retrato do lugar rejeitado por médicos que aspirariam *“Melhorar as condições de trabalho!”* tal como expresso em 27 de dezembro, o que é um forte componente de conflito da corporação médica com o SUS.

A forma de apresentação do equipamento de saúde denota sua inferioridade, e a corporação médica, representada na reportagem pelo CRM-Acre e Sindicato dos Médicos – Pernambuco, tem o poder de fiscalizar as irregularidades. A reportagem emprega jargões policiais: *“Nessa blitz recente, um flagrante”*, representando a Atenção Básica como palco de *“uma situação criminosa que vem ocorrendo.”*

Além de novamente a Atenção Básica estar associada à carência, pobreza, lugares desprovidos e longínquos (Tarauacá-Acre), é onde o médico ilegal encontra lugar para trabalhar. Segundo a reportagem esse médico é ilegal pois foi reprovado no exame de revalidação do diploma, isto é, ele não possui qualificação profissional: a Atenção Básica aceita médicos desqualificados para atender pacientes. Novamente aqui temos uma representação em que a vida dos usuários da Atenção Básica tem menor valor.

Essa representação que desqualifica o usuário pobre dos serviços públicos também pode ser vista na reportagem de 20 de Janeiro sobre o surto de diarreia em aldeias indígenas. O caso é apresentado com gravidade:

20 de Janeiro

NARRAÇÃO	IMAGEM
<i>“O Ministério da Saúde mandou uma equipe ao Acre pra investigar a multiplicação dos casos de doença diarreica aguda nas aldeias indígenas da região que matou 12 crianças desde o mês passado.”</i>	APRESENTADOR WILLIAM BONNER
<i>“Quase 200 casos suspeitos já foram notificados, 70 só esse ano mas as causas do surto ainda são desconhecidas.”</i>	APRESENTADORA PATRICIA POETA

Após mostrar o quadro dramático da situação a matéria finaliza com um depoimento médico:

20 de Janeiro

NARRAÇÃO	IMAGEM
<i>“É um quadro bem particular porque os indígenas eles casam entre eles o que deixa a comunidade um pouco mais enfraquecida, eles são mais sujeitos a sofrer por causa de doenças que são banais em outras crianças que não tem esse quadro.”</i>	PEDIATRA QUE ATENDE AS CRIANÇAS INDÍGENAS PRESTA DEPOIMENTO

Embora estejamos acostumados a esse argumento, quando reaparece na TV relacionado à saúde pública, coloca-se em questão os sentidos por ele criados em consonância com o caldo da nossa cultura: Essa é a única interpretação possível do caso? Se podemos ter outras interpretações, essa é a melhor? Melhor para que fim? Tal depoimento médico expõe para dezenas de milhões de espectadores, incluindo os indígenas que assistem o Jornal Nacional, que os indígenas são responsáveis pelos sofrimentos e mortes que estão vivendo, porque “*eles casam entre eles*”. Essa interpretação oferece uma explicação que tranquiliza a consciência dos não índios diante do desconhecimento, e ao mesmo tempo se dissolve no senso comum que desqualifica o usuário dos serviços de Atenção Básica, geralmente mais pobres, neste caso indígenas supostamente enfraquecidos por incesto.

V.5 O SUS GRATUITO

No Jornal Nacional em 2012 ocorreram 13 inserções que frisam o provimento de serviços, procedimentos ou produtos “*de graça*” ou “*gratuitos*” pelo SUS: 3 sobre vacinas, 3 sobre exames e cirurgias reparadoras para troca de próteses mamárias impróprias, 2 sobre tabagismo, 1 sobre distribuição de remédios, 1 sobre cirurgia oncológica robotizada, 1 sobre quadrilha de médicos em hospital federal, 1 sobre a dificuldade de acesso a consultas “*gratuitas*” no SUS e facilidades oferecidas no mercado de consultas médicas, 1 compara o SUS com o NHS inglês. Essa amostra tece uma rede complexa onde a “*gratuidade*” do provimento público adquire variados sentidos conforme o objeto e a intenção da reportagem. A ideia de gratuidade estabelece relações significativas com a noção de propaganda, de direito

do consumidor, de geração de demanda e falta de acesso, de direito adquirido por pagamento de impostos, de alto custo para o Estado, de prejuízo para o contribuinte e de benefício ou dádiva. As linhas mestras das representações associam provimento gratuito à contas públicas e ao pagamento de impostos. A noção de direito social universal não é uma referência adotada em nenhum caso.

V.5.1 VACINAS DE GRAÇA: PROPAGANDA DO PROCEDIMENTO

Nas matérias sobre imunização, que concentram representações positivas associadas ao Posto de Saúde, a gratuidade é anunciada como incentivo de campanha para que o usuário acorra ao procedimento. “De graça” entra no discurso como um qualificador positivo, um atrativo e uma vantagem adicional para influenciar positivamente o comportamento do usuário. O anúncio de um produto *grátis* é um recurso corriqueiro de propaganda. (Anexo 8: Edições 11 de Setembro, 24 de Maio e 16 de Janeiro).

V.5.2 DIREITO DO CONSUMIDOR: CASO DAS PRÓTESES MAMÁRIAS

Em 6, 11 e 18 de Janeiro, quando 19 mil mulheres sofrem as consequências do implante de próteses mamárias impróprias, as reportagens enfatizam a gratuidade do serviço de cirurgia reparadora e provisão de novas próteses. Em 6 de Janeiro a gratuidade está associada a um direito pontual e condicionado a pacientes de câncer ou outras doenças.

6 de Janeiro

NARRAÇÃO	IMAGEM
<i>“Segundo a ANVISA 25mil unidades foram vendidas no Brasil.”</i>	PRÓTESES MAMÁRIAS SENDO MANIPULADAS
<i>“As mulheres que apresentaram problemas com essas próteses podem procurar a rede pública de saúde. Se houver necessidade a substituição será feita de graça pelo SUS, mas só tem direito quem fez o implante porque teve problemas de saúde como câncer de mama por exemplo.”</i>	REPORTER NO CORREDOR DO ÓRGÃO PÚBLICO.

Em 11 de Janeiro a “gratuidade” é generalizada para todas as mulheres que realizaram implantes impróprios. Como veremos no capítulo sobre Mercado a “gratuidade” neste caso está na defesa do Direito do Consumidor, não se restringe ao âmbito do SUS e obriga os Planos de Saúde a atenderem seus clientes nesta questão. (Anexo 9: Edição 11 de Janeiro)

18 de Janeiro

NARRAÇÃO	IMAGEM
<i>“As novas regras não alteram em nada a determinação que garante a substituição de próteses rompidas, de graça pelo SUS e pelos Planos de Saúde inclusive pra as mulheres que colocaram o silicone por motivos estéticos.”</i>	PROTESES MAMÁRIAS SENDO MANIPULADAS POR TÉCNICO.

No caso da assistência às mulheres que implantaram próteses mamárias impróprias, os critérios de validação da “gratuidade” estão em jogo, medidas são anunciadas e há públicos com interesses específicos: a corporação médica, clínicas de estética, consumidoras de serviços privados, pacientes do SUS, Planos de Saúde, Departamento Nacional de Defesa do Consumidor, ANVISA e Ministério da Saúde.

Neste caso há uma orquestração em que os conflitos emergentes são absorvidos pelas medidas governamentais.

V.5.3 GERAÇÃO DE DEMANDAS E MOVIMENTAÇÃO DO MERCADO

Em 13 de Janeiro a reportagem aponta a dificuldade de acesso a consultas médicas de especialidades no SUS. Considera que há uma pressão sobre o sistema público de saúde, que provê assistência gratuita mas não atende a demanda.

13 de Janeiro

NARRAÇÃO	IMAGEM
<i>“Ele é gratuito, atende a todas as especialidades, mas não dá conta da quantidade de pacientes. Por isso, conseguir uma consulta no Sistema Único de Saúde pode demorar meses. Para mais de 40 milhões de brasileiros a alternativa são os Planos de Saúde Privada. Mas há muita gente que não tem condições de pagar nem as mensalidades de um plano, muito menos consultas particulares. Diante da constatação desse vazio entre os atendimentos público e privado, alguns empresários enxergaram aí uma oportunidade de negócios e criaram produtos específicos para a área da saúde, um deles funciona com Cartão Pré Pago”</i>	FILAS EM GUICHES. SALAS DE ESPERA. CORREDOR COM PACIENTES COM SORO. PESSOA ENTEDIADA ESPERANDO.

Neste caso a “gratuidade” é discutida em relação às opções do consumidor no mercado: o provimento “gratuito” é associado ao difícil acesso, o Plano de Saúde apresenta um custo excessivo para uma parcela dos consumidores, então há espaço no mercado para um tipo de provimento alternativo ao gratuito, e de menor custo que

o Plano de Saúde. Esta reportagem situa a discussão em termos de acesso e custo, e assume que o bem de saúde obtido por provimento público ou privado são equivalentes.

Em 11 de Outubro a reportagem também discute o aumento da pressão sobre o sistema de saúde em função da oferta do provimento gratuito. O Ministério da Saúde anuncia a redução da idade mínima para fazer a cirurgia de redução do estômago “*pelo SUS*”. A Sociedade Médica prevê um aumento da demanda desse procedimento e o consequente aumento da fila de espera, a qual já é exorbitante. O foco da reportagem reside na ampliação da possibilidade de fazer a cirurgia e na frustração diante da fila de espera. (Anexo 10: Edição 11 de Outubro).

As representações presentes nestas duas matérias (13 de Janeiro e 11 de Outubro) expõem que:

- A oferta de serviços gratuitos gera demanda.
- A dificuldade de acesso gera filas de espera.
- Essa pressão da demanda movimenta o mercado de consultas e procedimentos médicos.

O exemplo da reportagem acima denota que uma oferta nova de procedimento gratuito pelo SUS, gera novas demandas sobre o sistema. Neste exemplo trata-se de cirurgia bariátrica para adolescentes de 16 anos, mas a mesma lógica se aplica a todos os procedimentos em oferta ou que venham a ser ofertados. Esse processo de geração de demandas a partir da oferta pelo SUS dialoga com a criação de necessidades em saúde no âmbito da comunicação social como veremos em detalhe no capítulo sobre Ciência & Tecnologia. Nesse sentido a oferta de procedimentos gratuitos pelo SUS é um impulsionador do mercado em saúde. O

depoimento do Ministro da Saúde nesta mesma reportagem dá uma outra versão desta ideia de aceleração do provimento da cirurgia bariátrica no mercado a partir da oferta criada pelo SUS:

11 de Outubro

NARRAÇÃO	IMAGEM
<i>“A intenção do Ministério da Saúde é reduzir inclusive a fila já existente hoje, com mais hospitais cadastrados especializados em fazer esse tipo de cirurgia.”</i>	MINISTRO DA SAUDE PRESTA DEPOIMENTO DIANTE DE FUNDO ESCRITO SUS BRASIL MINISTERIO DA SAÚDE

V.5.4 O ALTO CUSTO PARA O SUS

Outra forma que se propõe ponderar sobre a “gratuidade” do sistema público de saúde, observa o custo dessa gratuidade. Neste caso o SUS atende uma demanda, e isso tem um impacto sobre as contas públicas *“pra todos os brasileiros”*, como no caso das doenças associadas ao tabagismo e à obesidade:

31 de Maio

NARRAÇÃO	IMAGEM
<i>“Quanto é que custa, pra todos os brasileiros, tratar a saúde de quem fuma: são os efeitos do fumo nas contas do SUS”</i>	WILLIAM BONNER
<i>“O arsenal de remédios ajuda Dona Vilma controlar a doença: um tratamento caro! Sem Plano de Saúde, ela recorreu ao SUS”</i>	EM CASA SENHORA USA MEDICAMNTOS, ASPIRA UMA BOMBINHA.
<i>“Tomografia todo ano, os medicamentos todos eu ganho.”</i>	SENHORA PRESTA DEPOIMENTO
<i>“O maior estudo já feito no Brasil sobre os custos do tabagismo para a Saúde Pública revela que</i>	GRANDE AUDITÓRIO NOBRE COM TELA E CONFERENCISTAS
<i>o país gasta com tratamento dos fumantes cerca de</i>	LETREIRO 20,6 BILHÕES
<i>3 vezes mais do que arrecada com cigarros”</i>	LETREIRO 6,3 BILHÕES

A gratuidade neste caso é expressa como um “*ganho*”: a dimensão dos gastos com remédios e exames representam o valor da assistência recebida. O contraponto a esse valor benéfico proporcionado pelo SUS é a representação maléfica do tabagismo como vemos a seguir nesta mesma reportagem:

31 de Maio

NARRAÇÃO	IMAGEM
<i>“Temos em mente o mal causado pelo tabagismo, e portanto um descompasso entre o que se arrecada em tributos da indústria do tabaco, e o que se gasta com esse hábito maléfico para a saúde.”</i>	SECRETÁRIO NACIONAL DE ATENÇÃO A SAÚDE PRESTA DEPOIMENTO

No caso das doenças associadas ao tabagismo a noção de alto custo para “*para todos os brasileiros*” culpabiliza aqueles que se beneficiam do provimento público. Aparentemente com menor culpa, a representação do provimento gratuito associado ao alto custo público está presente também em relação à obesidade:

20 de Julho

NARRAÇÃO	IMAGEM
<i>“Só para o tratamento das doenças provocadas pelo sobrepeso e pela obesidade, o Sistema Único de Saúde gasta 3 bilhões e meio de Reais todo ano.”</i>	PESSOAS OBESAS NA RUA PACIENTES NA SALA DE ESPERA MEDICO ATENDE MULHER EM AMBULATORIO
<i>“Doenças cardiovasculares, certos tipos de câncer, diabetes, essas doenças tem um custo muito elevado para o Sistema de Saúde.”</i>	ENDOCRINOLOGISTA PRESTA DEPOIMENTO
<i>“Em 10 anos, as despesas poderão chegar a 38 bilhões de Reais”</i>	REUNIÃO DE PESQUISADORES

Nestes casos a “gratuidade” é um ônus para a sociedade: de dispositivo de proteção social torna-se uma ameaça à saúde financeira do Estado. A “gratuidade” é problemática e exige observar o desperdício de dinheiro em programas e

procedimentos que são oferecidos gratuitamente pelo SUS. O problema colocado pela reportagem em 11 de Janeiro é o investimento em produtos e procedimentos ineficazes. (Anexo 11: Edição 11 de Janeiro).

Essas representações do impacto do alto custo da assistência nas contas públicas estão ligadas à uma noção de prejuízo. Essa ideia também está presente no debate sobre a Reforma da Saúde nos EUA durante o pleito presidencial de 2012:

5 de Novembro

NARRAÇÃO	IMAGEM
<i>“A Reforma da Saúde gerou um debate político apaixonado. Foi aprovada na Suprema Corte por um voto de diferença.”</i>	PLENÁRIO DA SUPREMA CORTE AMERICANA. JUIZ BATE MARTELO.
<i>“Mitt Romney ataca o aumento de gastos públicos gerado pela Reforma e promete acabar com ela se for eleito.”</i>	MITT ROMNEY FAZ DISCURSO

Embora os contextos da Reforma da Saúde nos EUA e da construção do SUS no Brasil sejam radicalmente distintos, observa-se na “*aldeia global*” da comunicação televisiva, que a justaposição das notícias uniformiza discursos e representações como esta em 5 de Novembro, que vê o provimento público de assistência à saúde como um ônus para o país.

V.5.5 DIREITO DO CONTRIBUINTE

Uma representação bastante corriqueira sobre os serviços públicos, no caso a saúde pública, presente também no Jornal Nacional é a de que o provimento público é um direito adquirido mediante pagamento de impostos. Subentende-se o acesso aos bens de saúde como um direito do “*contribuinte*”. Além de eclipsar a noção de direito universal a saúde, essa representação também distorce a noção de imposto

progressivo do direito tributário que vigora no país, segundo a qual aqueles que mais pagam impostos sustentam mecanismos de proteção social para aqueles isentos ou que menos pagam impostos.

31 de Maio

NARRAÇÃO	IMAGEM
<i>“A mulher de um dos pacientes obrigados a receber o tratamento no corredor decidiu registrar na delegacia um boletim de ocorrência contra a direção do hospital”</i>	REPORTER
<i>“a gente paga nossos impostos, fazemos tudo que temos que fazer como cidadão e quando você quer exigir do serviço a gente quer ser bem atendido”</i>	MULHER DO PACIENTE

A crítica recai sobre a falha do Estado no cumprimento do seu dever para com o indivíduo. Essa perspectiva reforça o lugar do usuário enquanto consumidor de um serviço disponibilizado pelo Estado, o qual está em falta para com seu cliente, e pode ser acionado judicialmente. O discurso do consumidor do qual o JN é porta-voz, explicita a relação de mercado onde o imposto pago pelo cidadão é tido como moeda de troca pelos serviços e produtos de saúde.

V.5.6 PREJUÍZO DO CONTRIBUINTE

A noção de prejuízo já observada nas representações do impacto do alto custo do tabagismo e obesidade sobre as contas públicas, sofre uma mudança de sentido quando ocorrem falcaturas que lesam bens públicos. Quando isso ocorre, o usuário deixa de ser aquele que recebe um provimento gratuito do Estado, ou que se confronta com o Estado na condição de pagador de impostos, e passa a ser aquele que é lesado pelas vulnerabilidades do SUS.

15 de Junho

NARRAÇÃO	IMAGEM
<i>“O Ministério Público Federal investiga a suspeita de que médicos do SUS estariam usando Hospitais Federais do Rio de Janeiro como clínicas de estética”</i>	FACHADA DE GRANDE HOSPITAL MODERNO
<i>“Além da prótese mamária, a própria cirurgia de face com anestesia local , lipoaspiração de pescoço, abdômen e dorso, todos os atendimentos são pagos pelo Ministério da Saúde, em suma, por todos nós, os contribuintes.”</i>	PLACA DO HOSPITAL COM DIZERES: SUS HOSPITAL DOS SERVIDORES DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO HOSPITAL DA LAGOA MINISTERIO DA SAUDE

Quando há lesão do bem público, a afirmação de que *“todos os atendimentos são pagos pelo Ministério da Saúde, em suma, por todos nós, os contribuintes”* traz a ideia de que todos os procedimentos são pagos, ou que nada é gratuito, e quem paga são os contribuintes.

As representações de prejuízo do contribuinte atingem também em 2012 o provimento gratuito de medicamentos. Em 9 de Novembro, em uma reportagem sobre a comercialização de fármacos por Planos de Saúde vemos que o governo provê medicamentos gratuitamente. (Anexo 12: Edição 9 de Novembro). Em 26 de Abril vemos uma reportagem sobre os bastidores desse provimento gratuito, quando usuários repudiam a perda de grande quantidade de remédios com data de validade vencida (Anexo 13: Edição 26 de Abril).

Em 2 de Fevereiro a reportagem mostra o comércio clandestino: outro ponto vulnerável da distribuição gratuita de medicamentos pelo SUS.

2 de Fevereiro

NARRAÇÃO	IMAGEM
<i>“O desvio de remédios dos hospitais acontece há pelo menos 4 anos. O comércio clandestino passou a ser comandado de dentro desse presídio.”</i>	REPORTER FRENTE AO PRESÍDIO ENTRADA DO PRESÍDIO PINHEIROS IV

“Segundo a investigação também houve desvio neste hospital público	NÃO IDENTIFICA O HOSPITAL
“ O prejuízo estimado em 2011 é de 10 milhões. Temos remédios de 8 mil reais que a quadrilha comercializava a 850 reais. ”	DELEGADO PRESTA DEPOIMENTO EMBALAGENS DE REMÉDIOS SENDOS RETIRADOS DE UM SACO MOSTRA LOGOMARCA SUS MINISTÉRIO DA SAÚDE

Estas reportagens mostram um SUS vulnerável a quem se apropria indevidamente dos meios de provimento gratuito de serviços e produtos. O contribuinte é quem leva o prejuízo.

V.5.7 NOÇÃO DE BENEFÍCIO OU DÁDIVA

Em uma sala cirúrgica com um equipamento ultramoderno a matéria de 31 de Março sobre Ciência e Tecnologia oferece uma situação paradigmática da gratuidade como benefício ou dádiva:

31 de Março

NARRAÇÃO	IMAGEM
“No Rio, o Instituto Nacional do Câncer começou a fazer cirurgias com a ajuda de robôs. Nas pontas dos braços mecânicos está a capacidade de um robô atingir áreas do corpo impossíveis de serem tocadas pela mão do cirurgião.”	GRANDE EQUIPAMENTO ROBOTIZADO SENDO OPERADO POR MÉDICO À DISTÂNCIA
“A ideia de se usar a robótica em cirurgias partiu de dispositivos desenvolvidos pela NASA para movimentar objetos à distância nas naves espaciais”	ROBÔS NO ESPAÇO COM O PLANETA TERRA AO FUNDO
“Nas cirurgias feitas por esse robô não há cortes: os três braços mecânicos chegam ao tumor que vai ser retirado por via oral. Além disso o tempo de internação do paciente passa de 15 dias	REPORTER NA SALA DE CIRURGIA COM ROBÔ AO FUNDO

<i>para 48 horas, o que diminui muito as possibilidades de complicações provocadas por infecção hospitalar.”</i>	
--	--

A reportagem está centrada na descrição detalhada do equipamento e das vantagens que ele proporciona ao paciente. É uma reportagem de Ciência e Tecnologia e embora cite o nome do hospital não faz menção explícita ao SUS até a parte final, quando o SUS é chamado sair deste anonimato a partir do depoimento de uma paciente:

31 de Março

NARRAÇÃO	IMAGEM
<i>“Mônica se livrou de um câncer na garganta ha menos de um mês e está curada”</i>	REPORTER
<i>“Não senti dor, foi tudo muito tranquilo. E sem pagar nada né!”</i>	PACIENTE PRESTA DEPOIMENTO
<i>“Isso terá impacto na expansão disso para o SUS a médio e longo prazo na medida em que isso possa ser disseminado pelo Sistema de Saúde, esse é o objetivo.”</i>	REPORTER

A observação entusiasmada da paciente ao frisar “*E sem pagar nada né!*”, em contraste com a sofisticada tecnologia cirúrgica, que inclui imagens espaciais da NASA para ilustrar a matéria, põe em evidência a “gratuidade” como um atributo do SUS. Quando se mostra a assistência hospitalar de alta complexidade e enfatiza o desenvolvimento tecnológico, há um certo espanto, tamanho o benefício recebido sem ter que pagar por ele. Essa representação também aparece na reportagem sobre a avaliação da qualidade de atendimento hospitalar em Vitória feita para o IDSUS na edição de 1 de março:

1 de Março

NARRAÇÃO	IMAGEM
<i>“Lá o atendimento dos casos mais complexos é considerado muito bom pelo Ministério. Dona Teresa faz tratamento de câncer no pâncreas descoberto no ano passado:</i>	PACIENTE EM EQUIPAMENTO ULTRAMODERNO DE RADIOTERAPIA
<i>Muito bem atendida! Sinceramente, desde os médicos, a rádio, a química: Eu estou surpresa!”</i>	PACIENTE PRESTA DEPOIMENTO NO SAGUÃO DO HOSPITAL, BONITO COM QUADROS NA PAREDE

Ao olhar o SUS como gratuito, as representações sociais do seu provimento se situam num campo simbólico que duvida da sua qualidade. Como vimos, 52% das 79 matérias que se referem explicitamente ao sistema e equipamentos de saúde pública, desqualifica o sistema público de saúde (Tabela 20). Mesmo quando se observa um provimento estatal de boa qualidade, e ainda por cima gratuito, a reação é de uma surpresa inesperada, uma exceção à regra. Quando indicadores como o IDSUS, e representações sociais sublinhadas pela mídia, apontam a dificuldade de acesso aos bens de saúde, aqueles que acessam são pessoas de sorte, e aquilo que deveria ser direito é percebido como benefício ou até um privilégio: um bem de acesso restrito, principalmente o usufruto da tecnologia hospitalar em procedimentos de alta complexidade, principal objeto de consumo em saúde.

Vimos anteriormente o acesso aos bens de saúde associado ao pagamento de impostos. Temos aqui a outra face da mesma moeda: o provimento qualificado gratuito se torna doação, benefício e, paradoxalmente, retira do SUS o seu valor como direito à saúde. Essa é uma questão que remete a outra herança da nossa formação histórica: o paternalismo político que se arvora provedor de benefícios à população. Nesta medida aquilo que deveriam ser direitos sociais historicamente

conquistados pelos cidadãos, é, no Brasil, dado por governantes. O paternalismo político é próprio de uma condição passiva da população receptora de benefícios sociais. A influência do populismo, que vem da ditadura do Estado Novo, se estende até nossos dias impregnando os discursos de políticos de todos os matizes. Neste contexto também se pode analisar os serviços gratuitos do SUS como dádivas cedidas por governantes que assim se apropriam delas como realizações de seus governos.

VI ASSISTÊNCIA HOSPITALAR

O hospital é o principal palco dos discursos sobre saúde, reunindo no total 104 inserções que somam 2 horas e 55 minutos ou 40% do tempo destinado à saúde no Jornal Nacional em 2012. Deste total, em 36 inserções o tema hospitalar está em segundo plano em matérias sobre Ciência e Tecnologia, Polícia, Planos de saúde, Produtos de saúde e Corporação Médica (Tabela 15). O hospital é o tema central em 68 inserções que somam 1 hora e 47 minutos no ano, e estão claramente divididas em dois grupos que estabelecem o contraste no acesso aos bens de saúde exibidos na TV em 2012. Por um lado o hospital é o “sonho de consumo”, como veremos nas 23 matérias que apontam seus holofotes sobre internações e tratamentos de celebridades e pessoas ilustres. Por outro lado o hospital é também palco dos mais repulsivos, quando se trata da falta de estrutura, falta de médicos, de vagas ou alvo de crimes, negligência, falhas ou greves, presentes em 30 matérias sobre o hospital público incluído no conjunto de 45 matérias sobre hospital não focadas em celebridades, isto é, o hospital ao qual o usuário comum tem acesso.

VI.1 O HOSPITAL

Nas matérias do Jornal Nacional não há outra referência assistencial que não o hospital. Como vimos anteriormente outros equipamentos aparecem associados à imunização, prevenção mas nunca a assistência médica. Não há em todas as inserções de 2012 outros equipamentos onde se possa tratar da saúde. As doenças representadas são ameaçadoras e a intervenção hospitalar é decisiva para a salvação das pessoas com a máxima urgência. O hospital é o recurso para quem deseja se proteger da morte.

3 de Julho

*“Artur hoje com 4 meses esteve **entre a vida e a morte** (...) de repente o fígado do bebê parou de funcionar: Artur estava com **hepatite fulminante e precisava com urgência de um transplante**. A doença é rara e extremamente grave, e a perspectiva dele seria muito sombria, praticamente **não teria perspectiva de sobrevivência**. Com apenas 2 meses Artur entrou na fila para enfrentar um desafio: ser o mais novo paciente do Brasil a passar por um transplante de fígado”*

5 de Janeiro

*“O ator Reinaldo Gianequini voltou ao hospital em São Paulo para dar início a uma **etapa decisiva no tratamento contra um câncer... O ator luta contra um câncer no sistema linfático, diagnosticado em agosto do ano passado**”*

O dispositivo hospitalar, dotado de precisão e rapidez, é fundado sobre um conhecimento minucioso dos mais recônditos detalhes dos órgãos e células, que enxerga o invisível através de sofisticada tecnologia, atesta a propriedade de um saber que lhe confere poder: no hospital um Senador ou Presidente da República está às ordens deste saber médico. O conhecimento científico que embasa esse saber é compartilhado com o telespectador e muitas vezes é o núcleo da reportagem.

(Anexo 14: Edições 28 de Março, 16 de Abril, 26 de Abril e 14 de Junho).

5 de Janeiro

NARRADOR	IMAGEM
<p><i>“Reinaldo Gianequini está no hospital desde ontem e fez o PETscan: um exame que avalia as condições dos órgãos e tecidos do paciente. O PETscan mostrou que a doença respondeu ao tratamento, ou seja, ele tem condições de saúde pra fazer o auto-transplante de células tronco. O auto-transplante deve recuperar o sistema imunológico de Reinaldo Gianequini... Os médicos retiraram células saudáveis da medula óssea de Gianequini que, depois da quimioterapia, serão reinjetadas no organismo dele, com isso a medula óssea doente será reconstituída com células normais.”</i></p>	<p>COMPUTAÇÃO GRÁFICA MOSTRA ESQUELETO E CÉLULAS</p>

Como ícone de eficácia em prol da salvação de vidas, o hospital goza de apoio logístico da mais alta prioridade exibida por reportagens em que helicóptero, aviões e inclusive escolta policial estiveram a serviço dessa urgência:

6 de Janeiro

NARRADOR	IMAGEM
<p><i>“Na caixa térmica azul uma promessa de vida: o coração de um bebe de um ano e nove meses.</i></p>	<p>CAIXA TERMICA AZUL</p>
<p><i>Era preciso correr contra o tempo: a mil e cem quilômetros dali outra menina de um ano e oito meses esperava pelo transplante.</i></p>	<p>HELICÓPTERO, COM UM TRIPULANTE VESTIDO DE BRANCO E UM AVIADOR DE MACACÃO, DECOLA E POUSA</p>
<p><i>Tudo tinha que ser feito em até 4 horas, o tempo máximo que um coração pode ficar fora do corpo.</i></p>	<p>UM MÉDICO DE BRANCO CORRE COM A CAIXA TÉRMICA AZUL NA PISTA DE POUSO</p>
<p><i>O avião decolou do aeroporto do Galeão as dez e quinze da noite, por volta da meia noite começou a cirurgia. Se o transplante não tivesse sido feito ela só teria mais seis meses de vida. Assim que transplantado o novo coraçãozinho voltou a bater.”</i></p>	<p>A CAIXA TERMICA É CARREGADA POR MEDICO DE BRANCO PARA O AVIÃO. AVIÃO TAXIANDO NO AEROPORTO. EQUIPE MÉDICA REUNIDA</p>

26 de Abril

NARRADOR	IMAGEM
<i>“O filho do cantor Leonardo foi transferido para o Hospital Sírio Libanês em São Paulo. Cercado de médicos e ligado a vários aparelhos, Pedro Leonardo deixou o Instituto Ortopédico de Goiânia de ambulância seguiu para o aeroporto.</i>	AMBULÂNCIA ESCOLTA DA PM
<i>O jato com uma equipe médica e uma MINI UTI MÓVEL decolou com destino a São Paulo as duas da tarde e chegou ao aeroporto de Congonhas 1 hora e meia depois. Como o estado clínico de Pedro Leonardo é delicado os médicos tomaram todas as precauções: a retirada do paciente demorou 40 minutos.</i>	JATO DECOLA EM GOIÂNIA. JATO POUSA EM CONGONHAS. PISTA DO AEROPORTO COM JATO PARADO AO LADO DE AMBULÂNCIA COM LOGOMARCA SIRIO-LIBANES
<i>a ambulância deixou aeroporto escoltada pela PM e ainda contou com a ajuda dos agentes de trânsito para facilitar o trajeto até o hospital”</i>	AMBULÂNCIA COM LOGOMARCA SIRIO-LIBANES TRAFEGA ESCOLTADA NAS AVENIDAS DE SÃO PAULO

Podemos assim resumir os atributos deste hospital:

- Promessa de vida contra a doença ameaçadora,
- Intervenção decisiva,
- Conhecimento científico e tecnologia avançada,
- Logística supereficiente,
- Autoridade médica acima de tudo.

Tais atributos somados à imagens luxuosas das instalações de um hospital privado, com a presença de ídolos e políticos do mais alto escalão da República, compõem um ícone altamente desejado como objeto de consumo. Além das 23 reportagens sobre internações de celebridades, o Jornal Nacional publicou outras 5 matérias que confirmam esta imagem do hospital nas quais o paciente são bebês ou

crianças, o que torna ainda mais forte o sentimento de salvação pela intervenção hospitalar. (Anexo 15: Edições 3 de Julho e 10 de Agosto). Nestes 5 casos, como vimos anteriormente na análise sobre Saúde Pública, coloca-se em evidência a eficácia dos procedimentos e a expertise da equipe médica e omite-se a identificação do sucesso destas intervenções com Sistema Público de Saúde. Em 3 destas reportagens (6 de Janeiro, 3 de Julho e 10 de Agosto) enfatiza-se a solidariedade dos familiares doadores dos órgãos de bebês para que os transplantes pudessem ser feitos.

Embora o hospital seja sempre palco de extrema tensão e apreensão, o final de toda história é feliz. (Anexo 16: Edições 28 de Março e 10 de Agosto). Como veremos no próximo tópico, nas reportagens do Jornal Nacional, final infeliz é associado explicitamente ao SUS.

3 de Julho

NARRADOR	IMAGEM
<i>“Feliz desse jeito nem parece que Artur, hoje com 4 meses, esteve entre a vida e a morte ... Dois meses depois Artur ganhou peso, se alimenta normalmente e esbanja saúde”</i>	IMAGEM DO BEBÊ SORRINDO

VI.2 O HOSPITAL PÚBLICO

Como anunciado nas matérias de abertura do Jornal Nacional, o hospital público é assim nomeado para designar um perigo à saúde. Vimos que muitas reportagens que enaltecem feitos hospitalares também reportam hospitais públicos ou conveniados ao SUS, lá estes não são identificados como tais, e sua vinculação ao

SUS é omitida. Inversamente, quando se trata de caracterizar o hospital público negativamente, associa-se explicitamente o “*Sistema Público de Saúde*” ou “*o SUS*” a esse hospital.

Enquanto nas matérias que evocam o hospital ideal, analisado anteriormente, bebês ou gente rica e famosa são mostrados como pacientes, no hospital público foca-se preferencialmente adultos pobres. Nas matérias sobre hospitais públicos que se referem a recém nascidos, é a pobre jovem mãe quem está em foco, angustiada pela perda do bebê, como em 2 de Julho, ou pela ameaça de morte, em 12 de Janeiro. Duas reportagens mostram rapidamente duas crianças de 10 anos, em 11 e 24 de Outubro, mas reservam aos adultos pobres o papel principal de representar o usuário infantil em situação humilhante. Embora a escolha da criança ou gente rica como atores principais nas matérias sobre o hospital ideal e de adultos pobres associados ao hospital público, sejam escolhas produzidas por uma linguagem televisiva, é estarrecedor o contraste social do país estampado na tela: o Sistema Público de Saúde expresso nas reportagens, realça as iniquidades, e caracteriza o que é público como pobre e carente. Em 30 inserções que tratam do hospital público, os seguintes atributos são reportados:

Tabela 23 Matérias sobre Hospital Público classificadas por Assuntos e Número de inserções por Grupos Temáticos.

ATRIBUTOS DO HOSPITAL PÚBLICO				
TEMAS	No.	%	EDIÇÕES	ASSUNTO – ESTADO (UF)
Carência de Estrutura	4	67	31/5	Quimioterapia no corredor - PA
			11/10	Elevadores quebrados - PE
			11/12	Pacientes no chão - RO
Carência de Estrutura e de Vagas	5		1/5	Deterioração do equipamento de saúde - RN
			12/1	Falta de vaga em UTI neonatal - TO
			17/4; 2/7	Maternidade superlotada - SE
			7/12	Ambulâncias quebradas SAMU - MA
Falta de Vagas	11		5/4	Efeitos da migração em Belo Monte - PA
			13/1	Falta de vaga em UTI neonatal - TO
			1/3	IDSUS mostra dificuldade de acesso
			13/3	Morte por falta de atendimento - MA
			31/3	Falta de vaga em UTI - PI
			22/10	Pacientes psiquiátricos atendidos no pátio CE
			24/10	Falta em Emergência de Ortopedia - SE
			23/11	Falta de exames - GO
Falta de Médicos	5	17	3/12; 4/12 6/12; 8/12	Usuários dormem na rua na fila do INTO RJ
			31/3	Hospital novo, equipado e fechado sem recursos humanos - PI
			2/7	Mortalidade em maternidade - SE
			24/10	Falta em Emergência de Ortopedia - SE
Crise na Gestão	7	23	10/12 11/12	Conflito entre Corporação médica e Governo
			31/3	Hospital novo sem funcionamento - PI
			26/4	Medicamentos vencidos - MT
			1/5	Intervenção da Promotoria - RN
Corrupção	4	13	2/5	Exoneração do secretário da Saúde RN
			4/7	Calamidade Pública na Saúde - RN
			26/12 28/12	Criança ferida na cabeça sem atendimento em PS por negligência médica - RJ
			20/3	Contratos Fraudulentos Hospital - DF
Greves de Médicos	3	10	31/10	Desvio de recursos Prefeitura Natal - RN
			2/2	Roubo de Medicamentos - SP
			15/6	Cirurgias particulares em Hospital do SUS - RJ
Falha Grave	3	10	14/3; 28/5 4/7	Conflito por Salário
Orcamento SUS	2	6,5	12/4; 13/4 18/7	Mortes causadas por erro na tubulação de oxigênio da UTI - DF
			16/1; 22/2	Redução e limitação orçamentária federal.

As reportagens sobre Carência de Estrutura (Anexo 17: Edição 1 de Maio e 2 de Julho) representam o Hospital Público como deficiente, superlotado e sujo, utilizando os seguintes termos:

“morte de recém nascidos”, “situação dramática”, “degradante”, “uma tragédia na saúde pública”, “cena absurda”, “totalmente desabastecido”, “restrição no atendimento”, “omissão de socorro”, “falta de orçamento”, “elevadores quebrados”, “UTI improvisada”, “equipamentos encostados sem uso, mofo, infiltração, ferrugem e moscas”, “o mal cheiro torna o ar pesado”, “ficar jogado igual bicho”

A carência de material e de instalações adequadas, que acarreta mortes e improvisação no atendimento, é também uma barreira ao acesso à saúde. Na edição de 11 de Outubro essa dificuldade de acesso é representada por elevadores quebrados. (Anexo 18: Edição 11 de Outubro). Além de carente, o acesso aos bens de saúde é difícil. Há falta de vagas no hospital público e o sistema de saúde é deficitário, de modo que o usuário sofre duplamente: sofre pelo fato de estar doente e sofre o desamparo de não poder acessar os serviços hospitalares. (Anexo 19: Edição 23 de Novembro).

Enquanto o ideal almejado pelo consumidor é o rápido atendimento, como vimos representado pela logística supereficiente do hospital ideal, a falta de vagas impõe ao usuário do SUS uma espera irredutível. (Anexo 20: Edição 12 de Janeiro). A morte está presente na imagem desta espera: ou alguém não será atendido e sua vida ficará em risco, ou alguém precisa ir a óbito para liberar uma vaga numa UTI:

31 de Março

NARRADOR	IMAGEM
<i>“Nós precisamos decidir entre as pessoas que terão acesso aos leitos, que são poucos, que são insuficientes, e aqueles que infelizmente terão que</i>	PRESIDENTE DA SOCIEDADE DE TERAPIA INTENSIVA DO PIAUÍ PRESTA DEPOIMENTO

<i>esperar mais. E a gente sabe que a consequência disso implica na saúde, na vida dessas pessoas”</i>	
<i>“tem que esperar alguém, né, falecer, pra ver se consegue essa vaga pra ele”</i>	ACOMPANHANTE PRESTA DEPOIMENTO EM FRENTE AO HOSPITAL

Neste contexto, um dos aspectos da “*carência de infraestrutura do hospital público*” é a condição desumanizada a que o usuário é submetido. O SUS é assim representado como promotor da desumanização. (Anexo 21: Edições 31 de Maio e 11 de Dezembro)

1 de Maio

NARRAÇÃO	IMAGEM
<i>“tem que dar uma assistência para os pacientes, paciente não pode ficar jogado igual bicho não”</i>	FILHA DE PACIENTE

Uma reação ao tratamento desumanizado é a judicialização. Embora a humanização e a participação do usuário sejam diretrizes do SUS, em 31 de Maio vemos que, para fazer a defesa da assistência humanizada, o usuário não tem como participar e produzir algum efeito sobre o serviço, mas, em desamparo, busca instrumentalizar-se para uma ação judicial, e exercer direitos de consumidor como um cidadão que paga impostos:

31 de Maio

NARRAÇÃO	IMAGEM
<i>“A mulher de um dos pacientes obrigados a receber o tratamento no corredor decidiu registrar na delegacia um boletim de ocorrência contra a direção do hospital”</i>	REPORTER
<i>“a gente paga nossos impostos, fazemos tudo que temos que fazer como cidadão e quando você quer exigir do serviço a gente quer ser bem atendido”</i>	MULHER DO PACIENTE

Nas reportagens do Jornal Nacional a *“falta de médicos”* é um problema crucial do SUS, apontada como a causa da mortalidade de recém nascidos em 2 de Julho, e de intercorrências por demora no atendimento como a amputação da perna de uma criança em 24 de Outubro. (Anexo 22: Edições 24 de Outubro e 2 de Julho). A falta de médicos está associada à falta de recursos do SUS. Em 2 de Julho autoridades afirmam que a solução é a contratação de médicos e a dificuldade é de ordem financeira. A ocorrência em 2012 de greves de médicos, causando transtornos em hospitais públicos em 14 de Março e 28 de Maio, mostra conflitos salariais entre médicos e governo.

2 de Julho

NARRAÇÃO	IMAGEM
<i>“só no mês de junho a unidade registrou a morte de 16 recém nascidos”</i>	ENFERMARIAS LOTADAS
<i>“em períodos normais são de 3, no máximo 6 óbitos no período. O ideal é um médico pra cada 10 crianças, hoje nós temos um medico pra 40 pacientes”</i>	PRESIDENTE DA SOCIEDADE DE PEDIATRIA SERGIPE PRESTA DEPOIMENTO
<i>“a superlotação da maternidade foi denunciada em abril no Jornal Nacional, a situação se agravou e o Ministério Público recomendou entre outras medidas a contratação emergencial de médicos”</i>	CORREDORES DA MATERNIDADE COM PACIENTES PROMOTOR DE JUSTIÇA ANALISA PROCESSO EM SUA MESA
<i>“não posso resolver num passe de magia essa situação, esse é o processo mais penoso porque tem poucos médicos no mercado e passa por uma negociação financeira também”</i>	SECRETÁRIO DE SAUDE SERGIPE PRESTA DEPOIMENTO
<i>“Enquanto isso as mães torcem pra não ter o mesmo destino de Dona Josenilde: o filho dela morreu dias após o parto.”</i>	MÃE AO LADO DO ENXOVAL DO BEBÊ, BANHEIRA, BOLSA
<i>“o Ministério Público deu mais 10 dias pra que o governo atenda a todas as recomendações”</i>	WILLIAM BONNER

Por outro lado, apoiado na autoridade do Conselho Federal de Medicina, o

Jornal Nacional afirma que o problema da falta de médicos é a má distribuição: as regiões mais distantes dos grandes centros possuem menos médicos, reafirmando a associação entre falta de recursos e a falta de médicos, isto é, o que falta são recursos para atrair médicos. (Anexo 23: Edição 10 de Dezembro).

Porta-voz dos Conselhos de Medicina, o Jornal Nacional critica as iniciativas governamentais de ampliar o número de médicos e de instituições de ensino de medicina, dando a entender que essa ampliação tem resultado na baixa qualidade de médicos recém formados pelas instituições de ensino particulares de fácil acesso, e pelas instituições de ensino estaduais que abriram recentemente cursos de medicina. As iniciativas para suprir a falta de médicos são mal vistas, e o governo é tido como aquele que para solucionar o problema descuida da qualidade e com isso põe em risco a saúde da população.

24 de Julho

NARRAÇÃO	IMAGEM
<i>“temos uma proliferação absurda de escolas médicas no Brasil, muitas sem a menor qualidade de existir e de formar médicos”</i>	DIRETOR DA FACULDADE DE MEDICINA SANTA CASA
<i>“só no ano passado foram um médico cassado por mês por problemas no exercício da profissão e segundo o CREMESP a raiz do problema está na má qualidade da formação dos jovens médicos que chegam ao mercado”</i>	REPORTER
<i>“Há 7 anos o CREMESP promove exames optativos para avaliar os jovens formandos, só 15% aceitaram participar e quase metade não apresentou conhecimento suficiente para exercer a profissão”</i>	COMPUTAÇÃO GRÁFICA BONECOS SENTADOS EM CARTEIRAS DE EXAME METADE DELES VERMELHOS
<i>“Nós apoiamos que seja aprovado um projeto de lei que realmente determine que o aluno que não passar nesse exame não possa exercer a medicina, que ele volte para os bancos da faculdade, isso</i>	PRESIDENTE DO CREMESP

<i>porque acho que vai em benefício da população brasileira.”</i>	
---	--

Associando o discurso da presidente Dilma sobre o Plano Nacional de Educação Médica, aos péssimos resultados demonstrados pelas instituições de ensino, o Jornal Nacional responsabiliza o governo pela baixa qualidade da formação médica. (Anexo 24: Edição 11 de Dezembro).

10 de Dezembro

NARRAÇÃO	MAGEM
<i>“O nosso objetivo é aumentar em 4.500 o numero de médicos formados ao ano, e também interiorizar os cursos de medicina mantendo um elevado padrão de qualidade”</i>	PRESIDENTE DILMA ROUSSEFF DISCURSA NA INAUGURAÇÃO DE FACULDADE EM GARANHUNS EM 30 DE AGOSTO DE 2011
<i>“Aqui ainda falta de tudo! Cadáveres para estudo de anatomia? Não tem. A biblioteca não está completa. É um Não atrás do outro.”</i>	REPORTER EM GARANHUNS ENTREVISTA ESTUDANTES
<i>“Laboratório de habilidades vocês não tem ainda?”</i>	REPORTER
<i>“Não, não.”</i>	ALUNO
<i>“Biotério, pesquisa, vocês também não tem?”</i>	REPORTER
<i>“Não, não”</i>	OUTRO ALUNO
<i>“O que deveria ser um hospital escola, também não é!”</i>	REPORTER IMAGEM DE PACIENTE DESFALECIDO NUMA MACA
<i>“Este hospital não tem condições de receber um estudante de medicina devido a falta de profissionais”</i>	ALUNO
<i>“Uma fiscalização melhor na execução do curso, o médico sairia melhor formado, e não teríamos a degradação da nossa formação”</i>	ALUNO

Para corroborar com a tese de que o problema das deficiências do Sistema de Saúde reside na pobreza do SUS, principalmente nos municípios menores, que não

tem recursos suficientes para pagar bem aos médicos e sente falta deles, o Jornal Nacional faz reportagens sobre o NHS da Grã Bretanha.

13 de Dezembro

NARRAÇÃO	IMAGEM
<i>“Hoje nós vamos ver como é que é o ensino de medicina na Grã Bretanha. É um país que tem um dos melhores Sistemas Públicos de Saúde do mundo”</i>	APRESENTADOR WILLIAM BONNER
<i>“O laboratório é a sala de aula. Nenhum aluno se forma em medicina na Grã Bretanha sem fazer muita, muita pesquisa. Por isso todas as universidades do país investem pesado em tecnologia de ponta.”</i>	IMAGEM DE CORTE CEREBRAL LABORATÓRIOS SUPER EQUIPADOS
<i>“faculdades e hospitais trabalham integrados. Aqui o aluno pesquisa e pratica desde o primeiro dia de aula.”</i>	LABORATÓRIOS PROFESSOR PRESTA DEPOIMENTO BANNER DA UNIVERSIDADE KING'S COLLEGE
<i>“Sigla inglesa que define o Sistema Nacional Hospitalar, o equivalente ao nosso SUS, só que o NHS é considerado o melhor Sistema de Saúde Pública do mundo, paga bem e o mais importante: é o mesmo salário pra quem trabalha aqui na capital Londres, numa cidade de porte médio, ou num pequeno município isolado. Assim há bons médicos espalhados por todo o país. No NHS os salários começam na faixa dos 15 mil reais por mês. No topo da carreira, o médico chega a ganhar 40 mil reais mensais.”</i>	REPORTER EM LONDRES FRENTE AO UNIVERSITY COLLEGE HOSPITAL CENTRO CIRURGICO COM MUITOS MÉDICOS JOVENS MÉDICO SENIOR EM SEU ESCRITÓRIO VISTA EXTERNA DE HOSPITAL
<i>“Aqui só existem 31 faculdades de medicina para um população de 60 milhões de habitantes”</i>	ESTUDANTE TREINA EM BONECO NUM LEITO HOSPITALAR
<i>“Num sistema de saúde onde todo médico faz questão de trabalhar e que serve de exemplo para o mundo: honesto, eficiente, sobretudo saudável!”</i>	IMAGENS HOSPITALARES MEDICOS, EQUIPAMENTOS E PACIENTES ENFERMARIA EXAMES DE ALTA COMPLEXIDADE

Aqui, o Jornal Nacional se refere ao NHS (National Health Service) como

“Sigla inglesa que define o Sistema Nacional Hospitalar, equivalente ao nosso

SUS”. Aliado às imagens de laboratórios e centros cirúrgicos, reduz Sistema de Saúde à assistência hospitalar, envolvendo nisso o SUS e o NHS, o qual é apresentado como sonho de consumo, rico, um super sistema hospitalar.

Conclui-se que a “*falta de médicos*”, representado como um grave problema do SUS que traz enormes prejuízos aos seus usuários, deve-se à falta de recursos para o pagamento de médicos. Essa situação piora mediante o incentivo governamental para a injeção no mercado de profissionais desqualificados de má formação.

Para completar o quadro das inserções focadas no Hospital, o Jornal Nacional publicou em 2012, oito matérias sobre investigações policiais e judiciais em hospitais públicos. (Anexo 25: Edições 2 de Fevereiro, 15 de Junho, 1 de Dezembro). 10,5% das reportagens hospitalares associam o hospital público e o próprio SUS à ocorrência de roubo e desvio de medicamentos, corrupção, peculato, uso indevido de cargo público, negligência, mortes e assassinato, sendo que uma destas foi reportagem de abertura da edição em 12 de Abril “*com uma história exclusiva que evidencia as mazelas da Saúde Pública no Brasil*”, retomada na edição seguinte em 13 de Abril:

“a Polícia, o Ministério Público e o Conselho Regional de Medicina entraram na investigação das mortes de pacientes do Hospital Santa Maria no Distrito Federal. Funcionários do hospital dizem que a falha na instalação contribuiu para a morte dos internados”

26 de Dezembro

NARRAÇÃO	IMAGEM
<i>“A Polícia do Rio investiga se houve omissão de socorro no caso da menina atingida na cabeça por uma bala perdida na noite de Natal. A., de 10 anos, continua internada em estado grave.”</i>	FOTO DA MENINA MULATA POBRE DIANTE DA CAMA SEGURA UM BEBÊ

<i>“quando chegou ao hospital ela teve que esperar 8 horas pra ser atendida por que não havia especialista. O neurocirurgião que faltou ao trabalho e o chefe do plantão devem ser ouvidos na delegacia.”</i>	FACHADA HOSPITAL MUNICIPAL SALGADO FILHO
---	--

28 de Dezembro

NARRAÇÃO	IMAGEM
<i>“em meia hora de depoimento disse que já vinha faltando aos plantões do Hospital Salgado Filho 1 mês antes do Natal por discordar da forma como a escala é feita”</i>	MÉDICO DE ÓCULOS ESCUROS ENTRA NA DELEGACIA AGLOMERAÇÃO DE PESSOAS
<i>O médico alegou que o hospital não segue a resolução do Conselho Regional de Medicina do Rio que determina pelo menos 2 neurocirurgiões por plantão nos hospitais de emergência.</i>	TEXTO DA RESOLUÇÃO LETREIRO: RESOLUÇÃO CREMERJ 100/1996 NIVEL IV CENTRO DE TRAUMA 2 NEUROCIRURGIÕES

Essas reportagens policiais despertam um outro alerta para os perigos que o SUS acarreta para a sociedade. Segundo o Jornal Nacional o perigo não reside somente na insuficiência, na falta de estrutura, falta de acesso, de médicos e de boa formação. Mesmo quando há provisão de remédios e recursos hospitalares, não há quem zele por eles. Como um SUS sem dono, estes recursos podem ser desviados, vendidos e usados para outros fins, e é preciso que o Ministério Público ou a Polícia investigue. Mesmo quando há recursos, correm o risco de serem mal instalados e em vez de proverem melhora da saúde podem causar a morte dos pacientes. Mesmo quando há médico, este pode deixar de atender por conflitos internos ao serviço, e as sequelas disso são irreparáveis. O perigo aqui atinge toda a sociedade e não somente o usuário, pois todos *“os contribuintes”* pagam por esses recursos como afirmado em 15 de Junho.

VII AS INSTITUIÇÕES CENTRAIS

Atravessando os temas que desenham as representações em Saúde, algumas instituições têm importância central tanto pela frequência com que são citadas, quanto pela qualificação do lugar de onde falam, ou do lugar a elas reservado nas representações publicadas no Jornal Nacional. Essas instituições são as Corporações Médicas, o Ministério da Saúde, o SUS e instituições de pesquisa científica e produção de tecnologias. Trataremos destas últimas no capítulo sobre Ciência e Tecnologia.

VII.1 AS CORPORAÇÕES MÉDICAS

As corporações médicas, Conselhos Regionais, Sociedades, Associações, e principalmente o Conselho Federal de Medicina, ocupam um lugar destacado no noticiário do Jornal Nacional. Estão presentes em 28 inserções durante o ano, em que representantes destas entidades de classe se manifestam em relação a temas de relevância para a vida dos brasileiros. Isso significa que em 11,5% das inserções sobre Saúde algum representante das corporações médicas é chamado à prestar depoimento, o que confere visibilidade social e denota a força política das corporações médicas, em particular do CFM, e a autoridade destes sobre a sociedade e frente ao Estado. Nas edições do Jornal Nacional em 2012, além das corporações médicas, apenas em 16 de Janeiro um representante da Associação Paulista de Cirurgiões Dentistas foi entrevistado, e nenhuma outra instituição profissional da saúde foi chamada a prestar depoimento sobre temas de Saúde. Na edição de 4 de Fevereiro uma nutricionista presta um depoimento técnico, sem representar nenhuma corporação, identificada como *“nutricionista da Faculdade de Saúde Pública da*

USP”, e em 11 de Outubro é entrevistado um nutricionista sem vínculo com nenhuma instituição. Esse predomínio institucional reforça a imagem de que saúde é uma questão médica: o uso corrente que ela tem na comunicação social valida esse consenso. As 28 inserções de 2012, onde essas corporações médicas estão presentes, se distribuem em cinco categorias: 29% refere-se à Questões do Consumidor; 29% trata da Regulamentação de Leis e da deontologia da profissão; 21% são reportagens sobre Assistência Hospitalar; 14% sobre Pesquisas e Conhecimento Médico; 7% sobre Investigação Policial e Judicial.

Figura 7 Distribuição dos Temas em Matérias da Corporação Médica

Cabe observar o grau de influência destas corporações na vida dos brasileiros e junto ao poder de Estado. Vejamos alguns exemplos:

- a) Em 10 e 11 de Janeiro, quando médicos cirurgiões plásticos estão implicados num acontecimento danoso ao consumidor, como no caso do implante mamário de próteses impróprias, as corporações conduzem o processo no sentido de responsabilizar o fabricante estrangeiro e o Estado, regulamentar o comércio de próteses com a participação das corporações e a inspeção do produto pelo INMETRO, e fazer o SUS arcar com tratamentos e cirurgias reparadoras das pacientes lesionadas.

- b) Em 4 de Fevereiro, diante do mal estar causado pela prática corrente dos fabricantes de medicamentos de dar vantagens aos médicos para prescrição de seus produtos, o CFM cria regras para manter essa relação entre laboratórios e médicos dentro de certas condições.
- c) Em 13 de Abril e 14 de Maio o CFM formula os critérios e regras, adotados pelo Supremo Tribunal Federal, para o diagnóstico de fetos anaencéfalos, reservando à corporação médica a chancela necessária à realização do aborto nestes casos.
- d) Em 4 de Julho o Conselho Regional de Medicina do Rio Grande do Norte pede intervenção do Governo do Estado no principal Hospital Público em meio a greve de médicos.
- e) Em 24 de Julho O CREMERJ proíbe médicos de acompanharem equipes para realizar partos em casa.
- f) Em 26 de Outubro o CFM, a Sociedade de Obstetrícia e Ginecologia SP e a Sociedade Brasileira de Reprodução Humana, discutem a definição do limite de idade para tratamentos de fertilização.
- g) Em 30 de Agosto o CFM define condições em que o médico deve respeitar o desejo dos pacientes de recusar tratamento.

Além de proporcionar visibilidade, o Jornal Nacional valida as prerrogativas das corporações médicas, e preza a colaboração entre a mídia e a corporação médica para influir sobre as decisões do Estado.

12 de Dezembro

NARRAÇÃO	IMAGEM
<i>“As reportagens da série sobre a formação de médicos no Brasil, exibidas na 2a. e na 3a. feira, acabaram</i>	WILLIAM BONNER

<p><i>provocando reação do Conselho Federal de Medicina: em nota o CFM afirmou hoje que elas revelam um quadro ainda mais grave de que o Conselho tinha conhecimento. O órgão pretende discutir com o Ministério da Educação, soluções para o problema do ensino de medicina no Brasil.</i></p>	
--	--

VII.2 O MINISTÉRIO DA SAÚDE

O Ministério da Saúde aparece em 30 inserções ao longo do ano, das quais 26 se referem explicitamente ao SUS. É citado no texto da matéria como fonte de informação, ou através da imagem da fachada do Ministério da Saúde, Placas Institucionais, no rótulo de medicamentos ou na presença do próprio ministro que em 2012 prestou 8 entrevistas publicadas em reportagens do Jornal Nacional. Estas matérias que citam o Ministério da Saúde se distribuem em 5 categorias de conteúdo: as duas principais são Atenção Epidemiológica 47%, e a Assistência Hospitalar 33%, seguidas de questões do Mercado 10%, Ocorrências Policiais 7%, Orçamento do SUS 3%.

Figura 8 Distribuição Temática das matérias com presença do Ministério da Saúde

O Ministério da Saúde aparece em primeiro lugar como o órgão que cuida da prevenção a doenças e agravos, e alerta a sociedade (10 de Abril – Obesidade; 28 de Julho - Hepatites), investiga e determina quando há risco de surto (20 de Janeiro – Diarreia em aldeias indígenas; 13 de Fevereiro e 1º. de Março – Dengue; 17 de Julho – Gripe), divulga os dados oficiais de pesquisas populacionais, número de casos e de óbitos (10 de Abril – Obesidade; 17 de Maio – Dengue; 11 de Setembro – Pneumonia), fornece vacinas (20 de Julho – Gripe; 11 de Setembro – Pneumonia), faz campanhas de imunização (17 de Agosto – Cadernetas de vacinação infantil), toma medidas de enfrentamento como a redução da idade mínima para cirurgia bariátrica (11 de Outubro), o planejamento de centros oncológicos de referência nas regiões menos assistidas (23 de Novembro) ou a liberação de recursos financeiros para tratamento de drogadição (18 de Janeiro). A edição de 28 de Julho, além da campanha de prevenção pela testagem de amostras populacionais, indica medidas de enfrentamento da Hepatite C:

*“A hepatite C é transmitida pelo sangue e é hoje a maior causa de cirrose e de câncer no fígado. De acordo com o **Ministério da Saúde** cerca de um milhão e meio de brasileiros têm a doença e essa não é a pior notícia: a grande maioria nem sabe que é portadora do vírus.*

*A partir do ano que vem **2 novos medicamentos mais eficazes serão oferecidos na Rede Pública de Saúde**, a princípio para 5 mil e quinhentos pacientes considerados mais graves.”*

Quando o Hospital Público está em foco, o Ministério da Saúde é isento das críticas que recaem sobre o SUS, exceto em 22 de Outubro quanto à falta de recursos do governo para Hospitais Psiquiátricos, o que é considerado a causa de muito sofrimento aos pacientes de transtornos mentais. Neste caso, o Ministério da Saúde é responsabilizado pela condição desassistida de pacientes jogados no pátio de uma Emergência Psiquiátrica:

22 de Outubro

NARRAÇÃO	IMAGEM
<i>“Pacientes com doenças mentais estão espalhados pelo chão no pátio da única Emergência Psiquiátrica do Ceará demonstram o cansaço e o desgaste da espera por internação.”</i>	PACIENTES DEITADOS NO CHÃO DO PATIO AO AR LIVRE
<i>“esses pacientes não tem condição de voltar pra casa porque estão em surto, oferecem risco pra família e pra eles mesmos, por isso durante o tempo e que permanecem aqui são medicados, mas não podem ser internados por falta de vagas”</i>	REPORTER
<i>“Com meu filho de 20 anos ele deu 3 facadas, se eu voltar pra minha casa, ele diz que vai terminar o que ele começou.”</i>	MÃE PRESTA DEPOIMENTO DIZENDO QUE O FILHO TEM QUE SER INTERNADO
<i>“Segundo o Ministério da Saúde o número de leitos para doentes mentais no Brasil sofreu uma redução de 36% em 8 anos. Em Fortaleza 4 hospitais psiquiátricos deixaram de receber internações desde 2004 porque os repasses do SUS já não cobriam despesas.”</i>	REPORTER

A reportagem inclui, ao final, uma réplica do Ministério da Saúde, o qual declara que a assistência provida pelos Centros de Apoio Psicossocial - CAPS - aumentou, em nove anos, de 400 mil para 21 milhões de atendimentos por ano, em contrapartida à redução do investimento em hospitais psiquiátricos. Essa declaração confere ao Jornal Nacional uma aparência democrática, de dar voz a todas as partes, sem modificar o conceito da reportagem, e ainda confirma a informação de que o governo não é sensível à necessidade de ampliação da oferta de leitos psiquiátricos. O fato coletivo já está criado, já vimos tudo o que era para ser visto, isto é, pacientes desassistidos por falta de internação.

Mas, para além dessa questão pontual em relação à demanda de internação hospitalar psiquiátrica, o Ministério da Saúde, em 2012 obteve aprovação do Jornal Nacional ao publicar o Índice de Desempenho do SUS. Embora o IDSUS tenha indicadores dos vários níveis de atenção, inclusive da Atenção Básica, o foco da reportagem, ilustrada com imagens hospitalares, se concentra sobre a avaliação sistema hospitalar público, a qual revela um fraco desempenho com duas únicas exceções em todo o Brasil.

1 de Março

NARRAÇÃO	IMAGEM
<i>“O Índice de Desempenho do SUS mostrou que o maior problema no país é o acesso. Os pacientes tem dificuldade em conseguir atendimento principalmente nos Hospitais e para os procedimentos mais complexos.”</i>	REPORTER EM FRENTE PRONTO-SOCORRO
<i>“Um ano eu estou na lista de espera pra fazer uma Ressonância Magnética. Dizem para a gente que não tem médico.”</i>	POPULAR PRESTA DEPOIMENTO

O IDSUS confere credibilidade ao Ministério da Saúde, e a reportagem inclui

imagens e depoimentos que qualificam positivamente um Hospital do SUS, embora com surpresa inesperada. (Anexo 26: Edição 1 de Março).

Ainda que isento, o Ministério da Saúde está associado ao SUS como aquele que leva o prejuízo, que tem que pagar a conta de um sistema que apresenta muitos problemas. Assim, na reportagem sobre o desvio de medicamentos em Hospitais Públicos e conveniados ao SUS em 2 de Fevereiro, a imagem de detalhes das embalagens de medicamentos roubados ressalta as logomarcas SUS e MINISTÉRIO DA SAÚDE. Como vimos anteriormente, em 15 de Junho, sobre o uso de instalações, serviços, materiais e próteses mamárias de Hospitais Públicos por “*médicos do SUS*” para realização de cirurgias plásticas particulares, o Ministério da Saúde é lesado, assim como o contribuinte. Mediante denúncia de pagamento de propina para fornecimento de refeições hospitalares o Ministério da Saúde é chamado a intervir:

20 de Março

NARRAÇÃO	IMAGEM
<i>“Hoje o Ministério determinou a suspensão do pagamento e abriu uma auditoria.”</i>	
<i>“Temos um contrato com esta empresa. É a única empresa que está prestando serviço no hospital, e esse contrato está sendo analisado pra ser cancelado”</i>	GESTOR PRESTA DEPOIMENTO PELO DEPARTAMENTO DE GESTÃO HOSPITALAR MINISTÉRIO DA SAÚDE

O Ministério da Saúde aparece como aquele que provê recursos, comparece, mas os recursos não são devidamente empregados. No âmbito municipal esses recursos podem sumir como vemos em 7 de Dezembro:

<i>“Uma cidade brasileira de um milhão de habitantes depende só da sorte pra não enfrentar uma tragédia na Saúde</i>	
--	--

<i>Pública</i>	
<i>“É hora de mais um atendimento, mas o carro do SAMU não pega: das 17 ambulâncias de São Luiz, 15 estão quebradas.”</i>	EQUIPE DO SAMU EMPURRANDO AMBULÂNCIA. AMBULÂNCIA COM PNEU NO CHÃO.
<i>“É triste, é repugnante, é revoltante, porque nós sabemos que os recursos tem, eles são repassados mês a mês pelo Ministério da Saúde”</i>	DEPOIMENTO DE MEMBRO DA ASSOCIAÇÃO DOS SERVIDORES
<i>“O Ministério da Saúde afirmou que repassa 325 mil Reais por mês pra pagar metade das despesas com o serviço do SAMU. A outra metade caberia à prefeitura. O Ministério anunciou uma auditoria pra apurar os problemas em São Luiz”</i>	REPORTER

O Ministério da Saúde também se envolve em questões relativas ao Mercado de produtos e serviços de saúde. Em 2012 o rompimento de próteses mamárias impróprias, que 19 mil mulheres implantaram majoritariamente por motivos estéticos com cirurgiões plásticos particulares, foi um dos motivos. Embora o foco da reportagem seja a proteção do consumidor, o conteúdo também se refere à Assistência Hospitalar. Na reportagem de 6 de Janeiro, a princípio o Ministério da Saúde não almejava se responsabilizar por danos causados por cirurgias estéticas (Anexo 27). Em 11 de Janeiro a regra mudou, de modo que o consumidor ficasse protegido em qualquer situação. (Anexo 28).

Essa mudança de orientação revela a pressão do consumidor sobre a ANVISA, como veremos em detalhe no capítulo referente ao Mercado de Produtos e Planos de Saúde, e orquestrações feitas por influência das corporações médicas para que o Estado se responsabilizasse, além dos implantes por motivo de saúde, pelos danos causados por cirurgias estéticas particulares, e interviesse no litígio entre

consumidores e médicos. Este enfrentamento de interesses configura um problema de saúde pública, dado que as mulheres se encontram em situação de risco pelo rompimento das próteses. É interessante notar como neste caso, o mesmo SUS vilipendiado no minuto anterior como o vilão da saúde pública, é agora chamado a cumprir seu papel de guardião.

Outra questão que levou o Ministério da Saúde vir a público em proteção ao consumidor foi o volume de queixas deste em relação aos Planos de Saúde. Ao longo do ano a Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS - esteve regulando conflitos entre consumidores e planos de saúde, como veremos a seguir, mas a piora da situação levou à que o Ministro da Saúde viesse a público manifestar o posicionamento do governo em defesa do consumidor-cidadão, interditando a venda de planos de saúde de 301 operadoras.

2 de Outubro

Ministro da Saúde presta depoimento:

*“Ao impedir que aquele Plano de Saúde possa continuar vendendo pra mais pessoas, ele tem que se reorganizar para garantir o **atendimento no prazo correto ao cidadão, pra que ele possa voltar a ganhar recursos, dinheiro**, vendendo pra mais pessoas.”*

Tanto aqui como na matéria sobre o IDSUS, o Ministério da Saúde apresenta sua posição estratégica no provimento e regulação dos recursos financeiros:

1 de Março

Ministro da Saúde presta depoimento:

*“Será um indicador para avaliar a melhoria da fotografia de hoje pra daqui a três anos, e **quem melhorar o seu desempenho, merece receber mais recursos** como incentivo dessa melhoria do desempenho”*

Embora o Ministério da Saúde seja, no Jornal Nacional, o único defensor institucional do SUS, o qual, segundo as representações analisadas lhe acarreta prejuízos financeiros enormes, Ministério da Saúde e SUS não se identificam. O Ministério goza de autoridade, responsabilidade técnica e financeira, toma atitudes para corrigir os desvios, audita e interdita. O SUS não goza de atributos como estes. Essa separação enfraquece ainda mais o SUS, pois grande parte dos méritos do Ministério são gerados por ações desempenhadas por um SUS invisível.

Das 8 vezes que o Ministro da Saúde aparece no Jornal Nacional, 3 vezes, ou 37% de suas aparições, pautam necessidades do SUS: em 22 de Fevereiro é questionado pela Confederação Nacional dos Bispos do Brasil, que tem um vínculo histórico com a Reforma Sanitária e a criação do SUS, quanto ao corte de R\$5 bilhões no orçamento do Ministério da Saúde; em 1 de Março divulga os valores do IDSUS; em 27 de dezembro divulga o programa para atrair jovens médicos para o SUS em regiões menos assistidas. Isso revela a tensão intrínseca ao fato midiático em questão, pois busca-se criar um Ministério da Saúde isento do SUS, livre das suas mazelas, mas ao mesmo tempo o próprio Ministério é seu único porta-voz.

Observando-se a distribuição das instituições citadas nas matérias explicitamente associadas ao SUS, o Ministério da Saúde é o mais frequente, aparecendo em 26 matérias numa amostra de 79, enquanto as Secretarias Estaduais comparecem 16 vezes e as Secretarias Municipais 6 (Tabela 24). Embora a descentralização da gestão, o incremento da participação da saúde nos orçamentos municipais e a ingerência direta dos executivos e legislativos municipais nos equipamentos do SUS façam parte da rotina do sistema público de saúde, o SUS é predominantemente representado pela esfera federal. É o Ministério da Saúde e o

governo federal, quem em primeira instância vai responder pelo sistema, pela regulamentação da assistência e do mercado de produtos e de planos de saúde, pelos programas como o da contratação de médicos, calendários de vacinação e provimento de vacinas e medicamentos, pela avaliação da prestação do sistema privado e dos equipamentos públicos, e por recursos financeiros.

As secretarias estaduais não gozam do status do Ministério da Saúde. Em 2012 o secretário do Rio Grande do Norte foi exonerado em 2 de Maio após ter recusado atender ao Jornal Nacional. As secretarias estaduais por estarem mais ligadas ao hospital público são mais procuradas pelas reportagens do que a esfera municipal que arca fundamentalmente da Atenção Básica desprezada pelo Jornal Nacional.

A presença do Judiciário e da Polícia em 15% das matérias associada ao SUS, indica a alta frequência de irregularidades, corrupção e crimes noticiados, que compõem o quadro de representações da saúde pública no Jornal Nacional.

Observa-se uma ausência do poder Legislativo. Não há participação de membros das Câmaras em matéria associada ao SUS. (Tabela 24)

Tabela 24 Matérias que fazem referência explícita ao Sistema Público classificadas pelos Nomes das Instituições, Esferas de Poder, Tipo e Número de inserções.

INSTÂNCIAS E ÓRGÃOS CITADOS EM MATÉRIAS ASSOCIADAS AO SUS			
TIPO	TOTAL DE MATÉRIAS	79	
	NOMES CITADOS	Matérias	%
EXECUTIVO FEDERAL		44	56
	MINISTRO, MINISTERIO DA SAÚDE	26	
	GOVERNO, GOVERNO BRASILEIRO, GOVERNO FEDERAL	7	
	ANVISA, AGENCIA NACIONAL DE VIGILANCIA SANITÁRIA	3	
	AGENCIA NACIONAL DE SAÚDE, SUPLEMENTAR	2	
	MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO	2	
	MINISTÉRIO PLANEJAMENTO	2	
	SECRETARIO DE ATENÇÃO A SAÚDE	1	
	COORDENAÇÃO ATENÇÃO AS DROGAS	1	
EXECUTIVO ESTADUAL		18	23
	SECRETARIA ESTADUAL, SECRETARIO DE SAÚDE	16	
	GOVERNO, GOVERNADOR (A)	2	
EXECUTIVO MUNICIPAL		11	14
	SECRETARIA DE SAÚDE, MUNICIPAL DE SAÚDE	6	
	PREFEITURA, PREFEITA	4	
	COORDENAÇÃO SAUDE MENTAL	1	
JUDICIÁRIO		9	11
	MINISTÉRIO PÚBLICO, ESTADUAL, FEDERAL	6	
	PROMOTORA, PROMOTOR DE JUSTIÇA	2	
	JUSTIÇA FEDERAL	1	
CORPORAÇÃO MÉDICA		4	5
	CRM, CFM	3	
	SINDICATO DOS MÉDICOS	1	
POLICIAL	POLÍCIA, DELEGACIA, DELEGACIA DE POLÍCIA	3	4

VIII CIÊNCIA E TECNOLOGIA

As reportagens e matérias sobre Ciência e Tecnologia em saúde compõem a categoria de conteúdo mais frequente e extensa associada ao eixo central em torno da Assistência Hospitalar, somando 1 hora e 33 minutos de programação distribuída em

49 inserções apresentadas em todos os meses do ano, o que representa 20% de todo o tempo destinado à Saúde no Jornal Nacional em 2012. Nestas matérias a pesquisa científica é tida como meio de desenvolvimento de instrumentos de intervenção biológica, física e farmacológica visando a obtenção de domínio, poder ou controle sobre as doenças e o corpo.

VIII.1 A DOENÇA

Em 80% das reportagens aproximação do objeto da matéria se dá pela doença (72%) ou deficiência física ou sensorial (8%). Além deste foco nas doenças e deficiências, há também em 30% das matérias temas mais abrangentes como o Genoma humano (5 de Setembro), o Microbioma Humano (13 de Junho), métodos para produção de células tronco (14 de Agosto), DNA artificial (20 de Abril), ou sinais bioquímicos de comunicação intercelular (10 de Outubro). Seja qual for o caso, as potencialidades do conhecimento para combater, prevenir, curar, conhecer doenças ou contornar seus efeitos, são sempre valorizadas. Mostrar a doença é uma forma de localizar o valor da pesquisa que está sendo noticiada. A doença é mostrada através dos males que causam no indivíduo, pelos mecanismos biológicos e biomoleculares do organismo, e pela estatística populacional quando há um alto número de pessoas atingidas. (Anexo 29: Edições 19 de Março, 12 de Junho, 5 de Dezembro, 22 de Dezembro)

22 de Março

NARRAÇÃO	IMAGEM
<i>“É devastador: a cada quatro segundos alguém morre por problemas do coração no mundo todo, de acordo com pesquisadores americanos.”</i>	MACA EM CORREDOR DE HOSPITAL. TELA DE ELETROCARDIOGRAMA. MÉDICO DIANTE DE MONITORES.

	PACIENTE EM LEITO CERCADO DE EQUIPAMENTOS.
--	--

Essa apresentação da doença é dramática e muitas vezes se dá através da exposição de uma experiência pessoal.

20 de Janeiro

NARRAÇÃO	IMAGEM
<i>“Esse engenheiro não conseguia andar com tanta firmeza pelas ruas de Salvador.”</i>	SEU ANTONIO ANDA PELA CALÇADA COM MOVIMENTO CLAUDICANTE
<i>“Eu já estava perdendo o movimento das pernas, não estava caminhando normalmente, quando caminhava um pouco a perna ficava meia rígida.”</i>	SEU ANTONIO PRESTA DEPOIMENTO
<i>“A Bahia tem a maior incidência de Anemia Falciforme no país. Uma doença que atinge principalmente a população negra, maioria no estado. É uma alteração genética no sangue que causa entre outras complicações a morte do tecido ósseo.”</i>	REPORTER
<i>“Ana recuperou a mobilidade da perna esquerda. A direita ainda dá trabalho, mas para quem mal conseguia andar sem ajuda, a vida já voltou a ter alegria.”</i>	REPORTER ANA SORRINDO CAMINHANDO COM MOVIMENTO CLAUDICANTE
<i>“Quando eu via o Carnaval falava: não, vou chorar! Depois da cirurgia: Esse ano eu vou! E aí fui! Cheguei em casa maravilhada, né!”</i>	ANA PRESTA DEPOIMENTO

Ao ver na tela uma pessoa que compartilha ou relata sua experiência com a doença, coloca o assunto no plano da vida cotidiana. O cerne das matérias sobre Ciência e Tecnologia está nas “descobertas científicas” que as pesquisas realizam ou na exposição dos procedimentos tecnológicos empregados para superar problemas causados por doenças. O relato de experiência pessoal entra como acessório, permitindo um *pathos* aproximativo, que facilita o interesse pela explicação

científica. O drama pessoal cria um ambiente que potencializa o valor do procedimento tecnológico que é o foco da reportagem. (Anexo 30: Edições 17 de Abril, 22 de Fevereiro).

14 de Fevereiro

NARRAÇÃO	IMAGEM
<i>“A chegada de Maria Clara traz esperança de cura para a irmã Maria Vitória de 5 anos, ela é portadora de Talassemia Major, doença genética no sangue.”</i>	BEBÊ NO COLO DA IRMÃ DE 5 ANOS
<i>“Ela faz transfusão a cada 21 dias, mas tem todo um controle de exames que tem que ser feito.”</i>	MÃE PRESTA DEPOIMENTO
<i>“Eduardo e Genise pensaram em ter mais um filho, sem a doença, que pudesse ser doador num transplante de medula para Vitória”</i>	REPORTER

Seja uma doença rara como a Talassemia Major, ou frequente como o infarto do miocárdio, o motivador da mensagem é a ameaça proporcionada pelos males da doença e a chance de superação ou socorro dada pelos recursos tecnológicos e o conhecimento científico. Entre as doenças mais abordadas pelas reportagens sobre Ciência e Tecnologia, 23% das matérias nesta categoria são sobre males neurológicos, com destaque para o Alzheimer, 19% trazem inovações para o tratamento de neoplasias, e 30% estão distribuídas entre matérias sobre doenças cardíacas (8%), doenças infecciosas (8%) com destaque para o HIV, do sistema endócrino (6%), do tecido ósseo (6%) e respiratórias (2%). Isto é, 72% das matérias sobre Ciência e Tecnologia retratam doenças e procedimentos inovadores para tratá-las.

Figura 9 Distribuição dos Temas em matérias sobre Ciência e Tecnologia

As doenças Neurológicas, o tema de maior frequência, reúne um quarto da amostra e demonstra o enorme interesse pelo cérebro, em busca de explicações e soluções para o funcionamento, ou disfunções, da memória, sentidos, fala, mobilidade e fenômenos mentais, nos neurônios e reações biomoleculares. (Anexo 31: Edições 18 de Agosto, 19 de Abril, 2 de Fevereiro).

4 de Junho

NARRAÇÃO	IMAGEM
<i>“24 usuários da droga (cocaína) foram submetidos no Instituto de Psiquiatria da USP a essa estimulação magnética transcraniana”</i>	IMAGEM DA PORTA NO CORREDOR ESCRITO E. M. T. NUMA PLACA
<i>“uma técnica reconhecida pelo Conselho Federal de Medicina para o tratamento da depressão.”</i>	IMAGEM GERAL DA SALA DE ESTIMULAÇÃO MAGNÉTICA TRANSCRANIANA COM MÉDICO, CADEIRA COM PACIENTE E MÁQUINA COM DISPLAY

9 de Fevereiro

NARRAÇÃO	IMAGEM
<i>“O alvo é uma proteína produzida naturalmente no cérebro: a Beta amiloide. Nos pacientes com Alzheimer essa proteína se acumula e se torna tóxica formando placas.”</i>	IMAGEM GRÁFICA DO CÉREBRO E DA PROTEÍNA

As pesquisas ou inovações tecnológicas em torno do câncer é a segunda maior frequência entre as matérias científicas, reportando novas técnicas quimioterápicas, nanomedicamentos, proteínas e genes inoculáveis (13 de Janeiro, 19 de Março, 27 de Agosto, 3 de Outubro, 10 de Dezembro), para diversos tipos de câncer entre os quais metástase óssea, câncer de ovário, de mama, pâncreas, pele e leucemia. Além dos fármacos essas matérias também reportam novos procedimentos cirúrgicos por ultrassom (17 de Abril) ou robotizados (31 de Março), e diagnósticos de câncer de pele (18 de Dezembro). (Anexo 32: Edições 27 de Agosto, 3 de Outubro, 10 de Dezembro).

Tabela 25 Classificação das matérias sobre Ciência e Tecnologia em 2012 por tipos doença reportada, assunto, data de veiculação e país de origem da pesquisa.

DOENÇA	ASSUNTO	EDIÇÃO	PAÍS
Neurológicas	Alzheimer	2/2; 9/2; 20/3	EUA, CAN
	Paralisia Cerebral	19/4; 16/5	EUA
	Lesão na medula	1/6; 19/11	SUÍÇA, UK
	Estimulação Magnética para drogadição	4/6	BR
	Substância psicoativa para fobia social	24/10	BR
	Esclerose Lateral Amiotrófica	18/8	BR
	Aparelho para Visão	14/8	EUA
Câncer	Testes quimioterápicos em pacientes SUS	13/1	BR
	Droga para câncer de ovário	19/3	BR
	Nanomedicamentos para metástase óssea	27/8	BR
	Quimioterápico de saliva de carrapato	3/10	BR
	Gene inoculável para leucemia	10/12	EUA
	Cirurgia robótica	31/3	BR
	Ultrassom focalizado	17/4	UK
	Diagnóstico à distância de câncer de pele	18/12	BR
	DNA artificial	20/4	UK
Cardiopatas	Industrialização de Stent no Brasil	2/2	BR
	Infarto	22/2; 22/3	EUA
	Renovação celular no coração	5/12	EUA
Infecciosas	HIV	4/1; 3/7	EUA
	Esquistossomose	12/6	BR
	Microbioma Humano	13/6	EUA
Sistema Endócrino	Diabetes tipo 1	7/5	BR
	Hormônios em Atividades Físicas	13/1; 19/5	EUA, BR
Tecido ósseo	Tratamento com Células Tronco	20/1	BR

	Osteoporose	13/8	BR
	Enxertos ósseos	15/9	BR
Respiratória	Tratamento de Asma com gene aerossol	20/9	BR
Talassemia Major	Reprodução assistida para transplante de células tronco	14/2	BR

VIII.2 TEMAS NÃO FOCADOS EM DOENÇAS

Além das matérias sobre doenças, 38% das reportagens em Ciência e Tecnologia tratam centralmente de temas mais abrangentes, sendo que 10% destas reportagens também se referem a doenças específicas numa intersecção entre essas duas classes. Aqui temos as pesquisas com Células-tronco, que reúnem 8% das reportagens; ou ainda temas ligados à Reprodução Humana, com destaque para a Reprodução Assistida, que somam 10% das matérias; 8% são reportagens que pautam tecnologias voltadas para deficiências física e sensorial, e 10% abordam temas como DNA artificial, Genoma Humano, Microbioma Humano, implantação de chip, metabolismo, renovação celular e comunicação intercelular.

Tabela 26 Classificação das matérias sobre Ciência e Tecnologia com temas não focados em doenças pelas semelhanças de assunto, data de veiculação e país de origem da pesquisa.

	TEMAS NÃO FOCADOS EM DOENÇAS	Edição	País
Qualidade de vida e Deficiências	Ultrassom 3D para gestante com deficiência visual	12/9	BR
	Equipamento para deficiência visual	22/12	BR
	Feira de Equipamentos para deficiências	17/8	BR
	Aparelho mede conforto em ônibus	20/4	BR
Reprodução Humana	Anticoncepcional masculino	16/8	EUA UK
	Puberdade precoce em meninos	17/8	EUA
	Reprodução assistida: Mãe aos 61 anos de idade	25/10 20/12	BR
	Células-tronco: Reprodução assistida e Transplante	14/2	BR
Vida primordial e Genética	Células-tronco: Extração em grande quantidade	14/8	BR
	Células-tronco: Nobel de Medicina	8/10	UK JP
	DNA artificial	20/4	UK
	Genoma Humano	5/9	EUA

		18/8	BR
	Renovação das células do coração	5/12	EUA
Ecossistema e Comunicação internos	Nobel de Química - Comunicação intercelular	10/10	EUA
	Microbioma humano	13/6	EUA
	Hormônios e substâncias produzidas em atividade física	13/1	EUA
		19/5	BR
	Chip solúvel no organismo	27/9	EUA

Estas reportagens cujos temas não são focados em doenças específicas, podem ser agrupadas em 4 áreas de interesses:

- a) **Qualidade de Vida e Deficiências** reúne matérias sobre a produção de tecnologias, equipamentos e aparelhos que ampliam conforto e possibilidades de relação ou ajudam superar limites dados por deficiências físicas e sensoriais.
- b) **Ecossistema e Comunicação Internos** reúne reportagens que tratam do ambiente do organismo, das comunicações via hormônios, sinais e receptores celulares, da interação entre as células e os microorganismos que povoam o ambiente interno. A implantação de chips que podem obter diagnósticos ou controlar a absorção de drogas é uma aplicação tecnológica nesta área.
- c) **Reprodução Humana** reúne matérias sobre puberdade, concepção, fertilização, embriologia, seleção de embriões e reprodução assistida. Essa área tem intersecção com o grupo que trata de objetos ligados às formas celulares primordiais como as células-tronco.
- d) **Vida Primordial e Genética** é um grupo amplo e diversificado, mas que trata de objetos ligados aos aspectos primordiais da vida celular, à gênese biológica, ao genoma humano, seleção genética, produção de genes isolados, DNA artificial, renovação, reconstituição e substituição de tecidos.

Vemos que as pesquisas e intervenções tecnológicas na área de reprodução assistida, além de responder à demanda de ter filhos, também envolve a geração de embriões selecionados geneticamente para fornecerem material biológico para futuros transplantes (14 de Fevereiro). Essa tendência de aproximação dos processos biológicos na sua origem é o critério que agrupa as matérias na área sobre Vida Primordial. Tomando o Jornal Nacional como interlocutor que ocupa um lugar significativo numa rede comunicativa multipolar, que envolve não somente outras mídias e os telespectadores, mas também comunidades científicas, universidades e publicações especializadas, podemos julgar que essa tendência é significativa nas sociedades contemporâneas na América, Europa e Ásia, representados pelos países onde tais pesquisas e intervenções estão se desenvolvendo. Esse interesse pelas intervenções tecnológicas nessa área ocupa 16% da programação sobre Ciência e Tecnologia.

Mesmo que no conjunto destas reportagens o foco não se dirija para uma doença específica, o discurso verbal e as imagens que as ilustram, destacam os efeitos do objeto pesquisado. A abordagem trata de uma determinada performance biológica, o que inclui tanto os aspectos biomoleculares, citológicos e fisiológicos do organismo, quanto a invenção de próteses e tecnologias que contornam limitações sensoriais e motoras. O próprio poder de intervenção exerce fascínio. Embora o interesse central não repouse sobre uma doença específica, ocorre também que no contexto seja citada a aplicabilidade de determinada “descoberta” para o tratamento de uma série de doenças. (Anexo 33: Edições 5 de Setembro, 13 de Janeiro, 27 de Setembro, 17 de Agosto).

14 de Agosto

NARRAÇÃO	IMAGEM
<i>“Aqui no Brasil a cura pode vir dos dentes das crianças, o Instituto Butantã em São Paulo criou uma técnica inédita no mundo pra retirar células-tronco dos dentes-de-leite em grande quantidade.”</i>	APRESENTADOR WILLIAM BONNER

VIII.3 DESCOBERTAS E O PODER DA CIÊNCIA

As reportagens qualificam as pesquisas e hipóteses científicas como “descobertas”, o que indica a ideia de que algo oculto se mostra. A ideia de “descoberta” envolve um sentido de novidade, algo inesperado ou ignorado que se torna conhecido. Como veremos, a busca de novos conhecimentos e meios de cura é uma demanda permanente quando se trata de procedimentos em saúde. O termo “descoberta” contém esse sentido do que é novo, nunca antes visto. (Anexo 34: Edição 5 de Dezembro).

10 de Outubro

NARRAÇÃO	IMAGEM
<i>“O cardiologista Robert Lefkowitz e o professor Brian Kobilka, de Stanford, descobriram um componente chave das células chamado Receptor Proteína-G. A partir daí decifraram o sistema de comunicação que o corpo humano usa para enviar mensagens a bilhões de células.”</i>	CARDIOLOGISTA NO CORREDOR. PROFESSOR AO LADO DA ESPOSA . HOMENS DE TERNO DIRIGEM MESA SOLENE COM MUITOS MICROFONES DE SALA DE CERIMONIA TELÃO COM OS RETRATOS DOS CIENTISTAS

Essa noção é utilizada largamente nas matérias científicas do Jornal Nacional: “descoberta” é toda novidade surpreendente que se produz em laboratórios hiper-qualificados do mundo, incluindo aí uma série de reportagens cujas “descobertas” resultam da pesquisa de fármacos e procedimentos novos para o tratamento de

doenças. Ao observar essas reportagens salta aos olhos uma repetitividade de aspectos: via de regra a pesquisa testa os efeitos de uma substância, em grande parte proteínas, *in vivo*, geralmente em camundongos, através de instrumentos e metodologias homogêneas, com o objetivo de produzir um fármaco e disponibilizá-lo no mercado. É como se essas “descobertas” já não estivessem determinadas pelo objeto de investigação, pela metodologia utilizada, pelos interesses e buscas de determinados resultados e pelos critérios de validação. (Anexo 35: Edição 16 de Agosto).

9 de Fevereiro

NARRAÇÃO	IMAGEM
<i>“Cientistas americanos anunciaram hoje um avanço no combate ao Mal de Alzheimer e a pesquisa usou um remédio que já existe.”</i>	APRESENTADOR WILLIAM BONNER
<i>“a descoberta envolve um medicamento que está sendo usado para o tratamento contra câncer de pele o Dexarotene”</i>	CIENTISTA TRABALHA NO LABORATÓRIO. DETALHE DE MICROPIPETA. OLHOS NO MICROSCÓPIO. LÂMINA NO MICROSCÓPIO. APARELHOS NA BANCADA SENDO USADOS. PLACA DE CULTURA DE CELULAS. REMÉDIOS EM LINHA DE PRODUÇÃO.
<i>“Os pesquisadores descobriram que o Dexarotene estimula a produção de uma outra proteína a Apo-E que no estudo foi capaz de dissolver as placas que levam aos sintomas da doença”</i>	RATOS EM LABORATÓRIO. MONITOR DE EXAME DE IMAGEM DO CÉREBRO.

Isto não retira importância ao que é produzido nas pesquisas, que são a fonte de todos os medicamentos e procedimentos do arsenal farmacológico disponibilizado pela indústria global de medicamentos. O que se observa é o mito da “descoberta”, quando o navegante já tem missão e rota determinados antes da partida.

Outra característica destas “descobertas” é o seu status de verdade. Embora a própria concepção de Ciência se apoie no sentido da transitoriedade dos modelos e hipóteses científicos, isto é, da impermanência e do campo de indeterminação do que se supõe ser verdade, a crença no caráter definitivo e exato das “descobertas” se sobrepõe. (Anexo 36: Edição 13 de Janeiro).

Ao mesmo tempo em que novas pesquisas produzem novos medicamentos e procedimentos, isso faz com que outros mais antigos vão se tornando ultrapassados, o que alimenta a busca de atualização e do uso daquilo que é produto do conhecimento mais recente. Esse círculo reforça a necessidade incessante de novas “descobertas”. Vimos anteriormente como Giddens vê nesse processo uma reflexividade indiscriminada. Essa demanda por conhecimento recente aparece na alta frequência de reportagens científicas apresentada no Jornal Nacional. A crença nas “descobertas” é acompanhada pela fé no poder dos medicamentos. (Anexo 37: Edição 3 de Outubro).

O campo de significações onde estas reportagens são gestadas compreende a saúde como resultado de um confronto com a doença e, quando se tem a doença como referencial de saúde, o meio de produção de saúde é sempre um procedimento. Como veremos a seguir, o novo medicamento, aquele que está sendo “descoberto”, tem poderes de salvação contra os males do corpo. Confirma-se aqui a construção simbólica do medicamento no processo de reificação da saúde em mercadoria elaborada por Lefèvre (LEFEVRE,1991). A ciência é vista como capaz de criar meios de realizar feitos maravilhosos. (Anexo 38: Edição 20 de Abril). Embora fundado em conceitos articulados por uma racionalidade médica, as reportagens se valem de um deslumbramento, como se os pesquisadores estivessem desvendando

mistérios e operando milagres cientificamente. As descobertas têm poderes de recuperar tecidos mortos, regenerar ossos e neurônios e movimentar um robô com a força do pensamento. Tudo isso documentado, filmado e exposto na tela da TV. (Anexo 39: Edição 20 de Janeiro, 16 de Maio).

14 de Agosto

NARRAÇÃO	IMAGEM
<i>“Da poupa dos dentes, cientistas extraem e multiplicam células-tronco capazes de regenerar ossos, músculos e até neurônios.</i>	CIENTISTA NO MICROSCÓPIO. CIENTISTA EM LABORATÓRIO. DETALHE DE PLACA DE PETRI COM DENTES DE LEITE EM SOLUÇÃO. FRASCO COM LÍQUIDO VERMELHO. IMAGEM GRÁFICA DE DENTE.
<i>Com a nova técnica os pesquisadores conseguiram um milagre da multiplicação.”</i>	REPORTER NO LABORATÓRIO

Como vimos os males neurológicos e cancerígenos são os que mais aparecem nas reportagens desta categoria dedicada a revelar as proezas do *“imenso poder da medicina”* (19 de Novembro). O Alzheimer e as paralisias motoras se destacam como objeto destas matérias junto com o câncer, que abrange toda uma gama de neoplasias. *“Recuperar a memória”* (20 de Março), *“devolver o movimento das pernas”* (19 de Novembro) e obter *“remédios poderosos”* contra as células cancerígenas (27 de Agosto) são preocupações centrais de 39% das reportagens sobre ciência em saúde. (Anexo 40).

Observa-se nestas reportagens científicas sobre saúde a criação minuciosa de um universo de dimensões moleculares que passa a se tornar visível, auxiliada pela ilustração gráfica de órgãos, nervos, células, moléculas e subpartes das moléculas. Através da tela da TV adentramos um universo fantástico, aliás, essas reportagens do

Jornal Nacional são exemplares do tipo de jornalismo científico apresentado em outro programa da mesma emissora chamado *FANTÁSTICO* que há 4 décadas vai ao ar todos os domingos, desde 1973.

2 de Fevereiro

“a proteína começa matar os neurônios, viaja de neurônio para neurônio, como se fosse uma infecção”

5 de Setembro

“essa parte do DNA funciona como um conjunto de interruptores que ligam e desligam os genes. Esse processo é que regula o comportamento de células tecidos e órgãos.”

10 de Outubro

“a proteína-G se agarra à superfície das células, assim as células ficam prontas para se comunicar com todo o organismo”

A imagem futurista dos equipamentos e das salas de intervenção, ilustra esse sentido que escapa à realidade, de um universo desenhado por invenções tecnológicas processadas em laboratórios que são lugares especiais, a parte do mundo cotidiano da vida. Qual o sentido de uma emissora de TV apresentar um turbilhão de imagens de equipamentos, instrumentos, telas de monitores que exibem variadas formas, cores e gráficos? A reportagem não está preocupada em explicar o que são estes equipamentos: o objeto das reportagens relaciona-se à necessidades em saúde, quando alguma explicação sobre um equipamento é feita é voltada para justificar o seu desempenho contra uma deficiência causada por uma doença.

16 de Maio

NARRAÇÃO	IMAGEM
<i>“Implantar chips no cérebro para movimentar braços ou pernas mecânicos não é novidade. Para conseguir isso um sensor com micro eletrodos foi implantado na área do cérebro responsável pelos movimentos do corpo.”</i>	PACIENTE SENTADA DIANTE DE UM BRAÇO FUTURISTA COM UMA MÃO METÁLICA QUE PEGA UM FRASCO E APROXIMA O CANUDO DA SUA BOCA

<i>“A atividade neurológica foi gravada e enviada para um computador, que decodificou a mensagem e a transmitiu para o braço mecânico.”</i>	IMAGEM GRÁFICA DO CÉREBRO COM CHIP IMPLANTADO
---	---

Mas o ambiente criado por esses laboratórios e salas de intervenções é extremamente atrativo. Desde a invenção do cinema na aurora do século XX Georges Méliès fazia filmes onde esse ambiente tecnológico futurista estava presente, e vale lembrar que naquela época o cinema não era considerado arte, mas um meio avançadíssimo de comunicação de grande público. De lá para cá esta imagem sempre esteve presente nas telas do cinema e posteriormente na televisão, e o mais impactante nestas reportagens do Jornal Nacional é que é tudo verdade! Tal ambientação confere uma qualidade extraordinária ao conhecimento aí produzido. Um conhecimento gestado num ambiente extra-humano, testado em formas de vida modificadas artificialmente, linhagens de camundongos paralíticos, com diabetes ou melanoma, organismos controlados e culturas de células seletas. Tardamente os procedimentos são introduzidos no ser humano, num processo de aproximação àquele universo fantástico construído alhures. Estas reportagens oferecem inumeráveis imagens deste universo ao telespectador.

VIII.4 NECESSIDADES EM SAÚDE

Seria de indagar, o que faz na atualidade um público diário de 25 milhões de pessoas se interessarem por essas “*descobertas*”? O que faz estas “*grandes esperanças da medicina*” terem tamanha expressividade e chamarem tanta atenção? Ao observarmos essas reportagens percebemos o quanto aquilo que se denominou “modernização reflexiva” se capilariza em níveis menos racionais, condensa desejo e

mobiliza ações guiadas por ideias fabricadas naquele mundo fantástico dos laboratórios. No campo da saúde assim como nas outras esferas da vida social as necessidades são fabricadas, são criadas num campo de complexidade multifatorial. A priori nestas reportagens científicas as necessidades em Saúde nos parecem ser dadas pela natureza do corpo, mas ao nos determos na concatenação dos seus elementos, observamos um processo de produção de novas necessidades em saúde ao investigar essa natureza.

No primeiro bloco de toda reportagem científica, são anunciados resultados espantosos de pesquisas que prometem uma revolução nos tratamentos. Esse tipo de comunicação sensacionalista, comum no jornalismo televisivo, é também uma característica comum na comunicação cotidiana entre as pessoas quando anunciam uma novidade: uma ênfase exagerada que visa impactar o interlocutor para ganhar sua atenção, oferecendo uma experiência de prazer pela emoção que a notícia desperta e receber dele adesão e consentimento estabelecendo um campo de identificação. Embora o termo “Busca de Sensações” tenha uma aplicação específica para determinados comportamentos, principalmente da juventude, como a prática de esportes radicais, o prazer da velocidade ao dirigir, a atratividade dos mega-shows e eventos espetaculares, esse aspecto “sensacional” permeia todo um campo de desejos que atravessam atividades de lazer, entretenimento e informação. As matérias científicas do Jornal Nacional enfatizam esse padrão e o aspecto sensacional faz parte da atração das reportagens. (Anexo 41: Edições 4 de Junho, 20 de Abril)

1 de Junho

NARRAÇÃO	IMAGEM
<i>“Cientistas da Suíça anunciaram um método que pode se transformar numa revolução no tratamento de lesões na</i>	APRESENTADORA PATRICIA POETA

<i>medula: eles fizeram um rato paralítico voltar a andar.”</i>	
---	--

Também faz parte dessa apresentação da matéria a qualificação dos autores da pesquisa, o nome de uma instituição internacional renomada, de um país do primeiro mundo, ou de uma Universidade Federal, a USP ou o Nobel de Química. Essa acreditação oferece ao telespectador uma fonte seleta cujos atributos se agregam ao conteúdo da reportagem e ao sujeito que assiste a notícia. Essa qualificação do espectador pelos atributos dos autores ocorre nesse campo de identificação que apontamos anteriormente, isto é, faz parte de um processo de construção de identidade. Esse primeiro bloco promete ao telespectador a oportunidade de satisfazer a aspiração de estar atualizado com as tendências mais avançadas em ciência médica, identificado com atributos de modernidade e expertise de autores hiperqualificados. Esse processo de projeções e identificações tem íntima relação com o que Giddens aponta como “sistemas peritos”. Primeiro se estabelece o círculo de peritos depositário da confiança do espectador. (Anexo 42: Edições 20 de Março, 27 de Agosto)

20 de Abril

NARRAÇÃO	IMAGEM
<i>“Laboratório de Biologia Molecular do Conselho de Pesquisas Médicas de Cambridge, Inglaterra: um dos principais centros de estudos científicos do planeta!”</i>	PLACA: MEDICAL RESEARCH COUNCIL. FACHADA MODERNA DO PRÉDIO

No segundo bloco da matéria o “sistema perito” ganha códigos pelos quais aquele conhecimento específico pode se estender para a vida cotidiana. O repórter demonstra os procedimentos experimentais e a interpretação bioquímica e fisiológica

dos resultados. Aqui ocorre um processo onde um determinado vocabulário é articulado e muitas vezes é ensinado. O uso e a explicação deste vocabulário permite a comunicação, isto é, formas de apropriação do vocabulário são necessárias para que o telespectador produza sentidos a partir da comunicação estabelecida. Todas as reportagens se dedicam a cumprir esse cuidadoso trabalho educativo do telespectador. A investigação da produção de sentidos a partir dessa escuta diária das reportagens científicas tem grande interesse para essa discussão. Por ora podemos observar que as articulações propostas pelas pesquisas e pelas reportagens, os conceitos, enunciados, formas e nomes utilizados, são ingredientes imprescindíveis do processo de fabricação de necessidades em saúde. A seguir vemos trechos explicativos onde esse repertório é incorporado provendo concretude e solidificando conceitos. (Anexo 43: Edições 1 de Junho, 4 de Junho, 27 de Agosto)

20 de Abril

NARRAÇÃO	IMAGEM
<i>“É o DNA Sintético feito a partir da alteração em laboratório de um dos componentes químicos do DNA comum.”</i>	CIENTISTA TRABALHA COM MICROPIPETA
<i>“Os cientistas substituíram um dos elementos da molécula, o "D" do DNA, por outras substâncias, mas preservaram a capacidade de armazenar e transmitir informações.”</i>	GRAFISMO DE MOLÉCULA DE DNA

A parte final das reportagens apresenta argumentos e evidências dos resultados promissores bem como as perspectivas de ampliação do uso e do público que podem ser beneficiados pelo novo conhecimento. Imbuída da esperança de que esses novos procedimentos e drogas sejam disponibilizados para a sociedade, as reportagens finalizam o seu discurso sintetizando o sentido da nova necessidade em

saúde, a qual já passa a existir antes mesmo da novidade estar disponível no mercado. (Anexo 44: Edições 20 de Março, 20 de Abril, 1 de Junho, 4 de Junho, 27 de Agosto)

Neste ponto podemos reunir alguns dados já analisados sobre como novas necessidades de saúde são produzidas no contexto destas reportagens. No início da análise das matérias sobre Ciência e Tecnologia, destacamos a apresentação do depoimento de uma experiência pessoal com uma doença como recurso dramático que facilita identificações emocionais e a aproximação com a matéria. Esse depoimento indica necessidades de saúde destas pessoas. Via de regra essas necessidades estão reduzidas ao diagnóstico de uma patologia. Essas necessidades são respondidas por procedimentos cuja construção científica é explicada na reportagem através de uma linguagem específica e que requer apropriação pelo telespectador. Essa construção é feita num universo molecular fantástico, quase mágico, e reforça uma esperança nos poderes dos procedimentos pesquisados. Por fim aquela necessidade inicial é transformada numa outra que inclui um novo conhecimento.

10 de Dezembro

“Os médicos removem milhões de células T do paciente. Nelas são inseridos novos genes capazes de destruir células cancerosas. Ao serem colocadas de volta no paciente as células T se multiplicam e atacam o tumor. A técnica usa uma forma enfraquecida do vírus HIV muito eficiente no transporte de material genético.”

VIII.5 ABORDAGENS DO CORPO

De que forma essas reportagens abordam o corpo? Como o corpo é acessado?

A primeira observação que salta aos olhos é a ultra-fragmentação do corpo. A alta resolutividade dos procedimentos é alcançada pela extrema particularidade da

intervenção. Acessa-se um corpo particularizado, composto de partículas, e quanto maior a acuidade da instrumentação bioquímica, biofísica, ou mecânica, maior o sucesso da intervenção. (Anexo 45: Edições 17 de Abril, 19 de Março)

31 de Março

NARRAÇÃO	IMAGEM
<i>“A nova tecnologia pode ser usada para tumores no abdome, na próstata, no câncer ginecológico, na cabeça e no pescoço.”</i>	SALA CIRURGICA COM UM ROBÔ COM BRAÇOS MECÂNICOS CONTROLADOS POR UM MEDICO SENTADO DIANTE DE UM MONITOR.
<i>“nas cirurgias feitas por esse robô não há cortes: os três braços mecânicos chegam ao tumor que vai ser retirado por via oral.”</i>	REPORTER IMAGEM DE SALA COM EQUIPAMENTO ROBO PAINÉIS DE MONITORAÇÃO

As reportagens anunciam uma busca de precisão cada vez maior, através de estratégias de engenharia de reconstrução de tecidos por células-tronco, seleção de embriões, transporte de drogas encapsuladas em vírus, manipulação de anticorpos e receptores de membrana, criação de DNA, genes artificiais e nanomedicamentos, reconstituição de fibras nervosas por células extraídas de outros tecidos e descargas elétricas, implantação de chips e muitos outros meios de sondagem e manipulação, e atestam um conhecimento e um domínio incomensuráveis dos processos biofísicoquímicos em micro partes do corpo. Um conhecimento especializado e preciso com o qual se pode corrigir as falhas de um corpo que naturalmente apresenta variadas anomalias. (Anexo 46: 19 de Março, 20 de Março, 19 de Abril).

A abordagem destas matérias científicas é uni-disciplinar com foco sobre a eficácia do método experimentado. As interseções com outras disciplinas, bem como as implicações do conhecimento produzido no contexto de atenção integral à saúde, não são suscitadas. O foco da reportagem persegue os efeitos desejados de um

procedimento singular e com isso distancia-se das questões de Saúde, que necessariamente requerem abordagens complexas.

Compondo com a ultrafragmentação e a unidisciplinarietà de abordagem, as reportagens tratam um corpo cuja vida pode ser capturada. A vida presente nas células tronco, nos genes, nos embriões, e em partes do corpo como cordões umbilicais, na polpa dos dentes de leite, na medula óssea, pode ser retirada do corpo, transferida para outro corpo ou outras partes do corpo, podem ser estocadas para uso em outro tempo e em outro espaço. O corpo adquire cada vez maior plasticidade através de sofisticados processos biofísicoquímicos e há uma valoração de partes e subpartes do corpo. Observa-se então uma série de ações e manipulações em que a própria vida vai sendo objetivada e reificada, e com isso se destaca da ontogênese, do ciclo de nascimento e morte.

14 de Fevereiro

NARRAÇÃO	IMAGEM
<i>“Vamos falar sobre um nascimento de uma menina em São Paulo que pode ajudar para salvar a vida da irmã. O bebê foi gerado com a ajuda de um procedimento inédito no Brasil e que selecionou embriões com base em análise de DNA, e as células do cordão umbilical da criança vão ser usadas num futuro transplante”</i>	SENTADOS NO SOFÁ DA SALA ESTÃO PAI, MÃE, FILHA DE 5 ANOS COM UM BEBÊ NO COLO
<i>“O casal se submeteu a uma fertilização in vitro. Células retiradas de 10 embriões foram analisadas. Dois eram compatíveis e um acabou vingando.”</i>	REPORTER
<i>“Os outros embriões todos foram descartados pois eles tinham a doença”</i>	MÃE PRESTA DEPOIMENTO

VIII.6 INDÚSTRIA E MERCADO

Uma característica marcante das reportagens sobre Ciência e Tecnologia é a expectativa de que as novidades anunciadas possam estar disponíveis no mercado o mais rápido possível. Nestas reportagens o mercado é o lugar de acesso público aos bens de saúde, produtos farmacológicos e equipamentos hospitalares. Mesmo em se tratando de pesquisa científica o motivador é o acesso. (Anexo 47: Edição 17 de Abril)

19 de Março

NARRAÇÃO	IMAGEM
<i>“O anticorpo monoclonal, por enquanto chamado de HU 3S 193, foi descoberto por um instituto de pesquisa americano e está sendo desenvolvido aqui no Brasil.”</i>	PACIENTES COM SORO. LABORATÓRIOS. EQUIPAMENTOS. MÃOS COM LUVAS MANIPULANDO FRASCOS.
<i>“Nós acreditamos que dentro de 5 anos, inclusive pelo fato de ter sido reconhecido esse status, porque isso acelera o processo de produção, a gente possa ter essa droga no mercado.”</i>	DEPOIMENTO DO FUNDADOR DA EMPRESA DE BIOTECNOLOGIA QUE OBTVEU APROVAÇÃO DO F.D.A. PARA TESTES DE REMEDIO CONTRA CÂNCER DE OVÁRIO

Das 49 matérias sobre Ciência e Tecnologia, 43% reportam pesquisas para a produção de medicamentos, incluindo aí nanomedicamentos, enzimas, neuroquímicos, genes sintéticos, DNA artificial, anticorpos, vacinas, anticoncepcional, hormônios e testes diagnósticos. 39% são reportagens sobre procedimentos, técnicas, produtos e equipamentos como produção e aplicações de célula-tronco, seleção e transferência de embrião, produção de stent, chip solúvel, enxerto ósseo vítreo, equipamentos para deficiência visual, neurocirurgias, ultrassom focalizado de alta intensidade, estimulação magnética transcraniana, estimulação cerebral profunda e robótica cirúrgica. Ou seja: 82% das matérias sobre pesquisas científicas e tecnologias em saúde se concentram em produtos (medicamentos,

materiais e equipamentos) e procedimentos (técnicas e serviços) cujos testes apresentam resultados exitosos e estão a caminho de serem disponibilizados no mercado, ou apontam esperanças promissoras de concepção de novos remédios e técnicas. Essa construção reflete o forte interesse do público por conhecer esses produtos e técnicas em fase de pesquisa cuja disponibilização se dá invariavelmente no mercado. (Anexo 48: Edições 9 de Fevereiro, 7 de Maio)

Mesmo que se trate de uma vacina ou uma cirurgia por robô, que o Estado venha a prover gratuitamente, o produto, procedimento ou o serviço é uma mercadoria, tem preço, é pago e consumido no seu mercado próprio. É aí que o público pode acessar os produtos e serviços apresentados nas reportagens.

12 de Junho

NARRAÇÃO	IMAGEM
<i>“Foram mais de 20 anos de trabalho no laboratório até poder testar a descoberta em seres humanos, daqui a 3 ou 4 anos a vacina já vai estar disponível pra população, e nas áreas de maior incidência da doença poderá fazer parte do calendário de vacinação infantil.”</i>	REPORTER NO LABORATORIO DE AVENTAL

Figura 10 Classificação das matérias sobre Ciência e Tecnologia por tipo de produto consumível

Apenas 18% das reportagens não trata de objetos consumíveis, como por exemplo o estudo do Genoma Humano, do Microbioma Humano, ou a pesquisa americana sobre diminuição da idade da puberdade em meninos. Mesmo aqui observa-se uma tendência a ter a doença como um referencial da matéria: 7 reportagens se referem a doenças, embora não apontem nenhum produto passível de se tornar mercadoria:

- Em 13 de Agosto trata de um programa estatístico que equaciona dados da pessoa e proporciona uma diminuição da prescrição de exames desnecessários de densitometria óssea.
- Em 22 de fevereiro trata de sinais sintomáticos de infarto na mulher que devem ser observados para buscar socorro com antecedência.
- Em 18 de Dezembro reporta uma unidade móvel de diagnóstico à distância de câncer de pele, o que diminui viagens desnecessárias de pacientes de uma grande região do Brasil.
- Em 5 de Dezembro reporta a descoberta de células cardíacas que regeneram o tecido do miocárdio.

Nesta última ainda é citada a possibilidade desta descoberta auxiliar na recuperação de doenças cardíacas, assim como a matéria sobre os receptores de membrana celular Proteína-G que recebeu o Nobel de Química em 10 de Outubro, e as pesquisas sobre o Genoma Humano, em 18 de Agosto e 5 de Setembro, que embora não tratem de nenhum medicamento ou técnica específica, são valorizadas pelo potencial neste sentido.

10 de Outubro

NARRAÇÃO	IMAGEM
<i>“Metade de todos os remédios faz efeito”</i>	REPORTER EM NOVA YORK

através dos receptores ligados a proteína-G, a compreensão do funcionamento desses receptores vai ajudar muito na produção de medicamentos mais eficazes e com menos efeitos colaterais para doenças como diabetes, câncer e depressão.	
--	--

VIII.7 INSTITUIÇÕES CIENTÍFICAS

Dada a importância que a categoria Ciência e Tecnologia ocupa no campo da Saúde como o principal tema ligado ao eixo central desempenhado pela Assistência Hospitalar, o lugar de onde as instituições científicas falam é extremamente privilegiado, aliás o lugar da Ciência e Tecnologia é tão elevado que está acima de todas as instituições científicas. Por exemplo, por mais que “*Cambridge*” seja um nome de altíssima relevância e confira credibilidade à uma reportagem, uma outra matéria científica que não cita o nome da instituição tem o mesmo valor de verdade. Em 2012 metade das reportagens são de pesquisas feitas por laboratórios estrangeiros, basicamente nos EUA. Metade são pesquisas produzidas no Brasil.

As instituições científicas estrangeiras ou ligadas à produção e controle de tecnologias em Saúde citadas em 2012 no Jornal Nacional foram a Universidade Columbia, Universidade de Ohio, Johns Hopkins, Universidade Brown, Universidade Cornell, e por duas vezes as Universidades Harvard e Cambridge e a FDA – Food and Drug Administration. Revistas científicas internacionais que gozam de grande prestígio também são citadas. A citação das revistas Nature, The Lancet, Brain – Oxford Journals e a Science, a qual aparece em duas reportagens, ao mesmo tempo em que confere credibilidade às “descobertas” feitas pelos pesquisadores,

proporciona uma intimidade com as publicações famosas do meio científico e agrega ao programa, e ao telespectador, uma imagem atualizada, bem informada, sintonizada com o que é top na área científica. Além disso em 2012 o Jornal Nacional não somente anunciou os ganhadores do Nobel de Medicina e do Nobel de Química, mas publicou em detalhe o objeto, o método e os resultados das pesquisas premiadas, ambas referentes ao corpo humano. Mas na maioria das reportagens o nome da instituição científica é omitido e a matéria situa os pesquisadores de maneira genérica: *“cientistas americanos”*, *“uma pesquisa realizada nos Estados Unidos”*, *“instituto de pesquisa americano”*, *“instituições internacionais”*, *“pesquisadores de uma das universidades mais importantes dos Estados Unidos”*, *“cientistas dos Estados Unidos, Canadá e Grã Bretanha”*, *“cientistas de três universidades americanas”*, *“uma equipe de 400 cientistas”*, *“cientistas do Canadá”*, *“cientistas da Suíça”*. Aqui ocorre uma sinergia simbólica:

- a) De um lado temos uma referência estrangeira fundamentalmente norte-americana, como um ícone da pesquisa científica e produção tecnológica mais avançada do planeta, capaz de realizar feitos inacreditáveis.
- b) Some-se a esse ícone os nomes de países como Canadá, Grã Bretanha, Suíça e Japão, grandes expoentes do que se considera Primeiro Mundo.
- c) Por outro lado os nomes das mais qualificadas universidades do mundo e publicações de prestígio internacional se associam a esse conjunto genérico de laboratórios e instituições estrangeiras e a estes emprestam seus atributos.

Metade das reportagens sobre Ciência e Tecnologia se referem a pesquisas feitas no Brasil. Aqui o nome da instituição tem grande relevância e há ganho para os dois lados: tanto a mídia se torna mais confiável ao citar o nome da instituição

quanto a instituição ganha notoriedade tendo seu trabalho publicado na tela do Jornal Nacional. A Fundação Osvaldo Cruz e o Instituto Butantã aparecem cada um por duas vezes, a Universidade Federal do Rio de Janeiro aparece três vezes, além do Instituto Nacional de Câncer (INCA), Instituto do Câncer de São Paulo (ICESP), Instituto do Coração de São Paulo (INCOR), a Universidade de Campinas (UNICAMP), o Instituto de Psiquiatria da USP, a Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), o Centro do Genoma Humano em São Paulo e o Instituto Nacional de Tecnologia no Rio de Janeiro. Essas instituições se concentram no eixo Rio – São Paulo e, além das universidades, grande parte delas são instituições que aliam a assistência hospitalar à produção científica, como o ICSPP, o INCOR ou o INCA. Já as instituições estrangeiras, com exceção do FDA, são universidades, instituições de ensino com forte produção científica na área médica.

VIII.8 VALOR NACIONAL

Como vimos, metade das matérias sobre Ciência e Tecnologia são sobre pesquisas ou incorporações tecnológicas realizadas no Brasil. Essa presença marcante aprofunda a participação do país na construção dos sistemas peritos em saúde. Essa produção faz parte da cultura nacional e se difunde na vida cotidiana do país.

Entendendo essas reportagens como uma amostra de um mercado simbólico, veiculada por um interlocutor de grande capilaridade, pode-se afirmar que a comunidade científica biomédica tem hoje no Brasil uma produção com capacidade de sustentar uma forte demanda social por reportagens científicas em saúde, que ocupa um espaço relevante na comunicação televisiva, atende às expectativas de

dezenas de milhões de espectadores, promove universidades e instituições de pesquisa e, como veremos nos exemplos a seguir, comemoram um pioneirismo do país em diversas frentes de incorporação tecnológica. Essa participação da comunidade científica biomédica brasileira na mídia televisiva revigora os processos de medicalização da vida no Brasil a partir da nossa própria produção cultural. (Anexo 49: 2 de Fevereiro, 14 de Fevereiro, 3 de Outubro, 14 de Agosto).

12 de Junho

NARRAÇÃO	IMAGEM
<i>“uma grande conquista da ciência brasileira uma vacina que protege contra a esquistossomose também conhecida como barriga d'água”</i>	LABORATORIO MODERNO TECNICA PARAMENTADA
<i>“a gente está trabalhando na fronteira da ciência pra uma doença que é nossa.”</i>	PESQUISADORA

IX CONSUMIDOR E MERCADO DE PRODUTOS E SERVIÇOS DE SAÚDE

O mercado é um tema de saúde presente tanto nas matérias que representam a assistência hospitalar, quanto nas que tratam de hábitos alimentares, estilos de vida, e, como vimos, é um forte motivador das reportagens de sobre ciência e tecnologia: consumo é um vórtice para onde confluem as principais questões de saúde representadas no Jornal Nacional em 2012. No segmento que ora analisamos, reunimos especificamente as matérias sobre o mercado que reportam problemas e questões envolvendo o consumidor, agências reguladoras e empresas fornecedoras de

bens e serviços de saúde. Ao longo do ano, 28 inserções num total de 50 minutos de vídeo ou 11% da amostra pesquisada tratam das questões do mercado.

- a) 13 matérias ou 46,4% se referem ao mercado de produtos, contendo 7 reportagens ou 25% sobre próteses mamárias, 5 matérias ou 18% sobre o mercado de fármacos (remédios, protetor solar, suplementos alimentícios e emagrecedores) e 1 reportagem sobre o mercado de aparelhos ortodônticos.
- b) 13 reportagens ou 46,4% reportam o mercado de serviços, contendo 12 matérias sobre planos de saúde e 1 sobre cartões pré-pagos de consulta médica.
- c) 2 matérias trazem pesquisas do IBGE sobre gastos do consumidor com saúde.

Figura 11 Distribuição das matérias sobre Mercado por tipo de mercadoria e Pesquisa de mercado

Essa distribuição destaca a relevância do comércio de planos de saúde entre os consumidores brasileiros, ocupando em 2012 um espaço na mídia equivalente ao do comércio de medicamentos e outros produtos. Esse resultado tem relação com o volume de reclamações dos consumidores dos planos privados noticiado pelo Jornal Nacional.

Diretamente ligadas ao eixo hospitalar, as matérias sobre Mercado, ao lado daquelas sobre Ciência e Tecnologia, compõem um triângulo fortemente inter-relacionado de representações sobre saúde: das 28 inserções sobre consumo, 13 se referem a serviços hospitalares (Tabela 27), e das 14 matérias sobre o mercado de produtos, 10 reportam dados tecnológicos ou científicos (Tabela 28). Além destas 28 matérias sobre consumo, somamos ainda mais 3 reportagens cujo tema central é Ciência e Tecnologia mas que tratam do lançamento de produtos tecnológicos para pessoas com deficiências físicas e visuais.

- a) Em 17 de Agosto reporta uma Feira em São Paulo para viabilizar a produção comercial de equipamentos inéditos.
- b) Em 27 de Setembro mostra um equipamento que faz um boneco do feto a partir de imagens de ultrassom para gestantes cegas.
- c) Em 22 de Dezembro exhibe um equipamento à venda no mercado que ajuda deficientes visuais graves a enxergar.

Tabela 27 Matérias sobre assistência hospitalar tabuladas por tipo de produto, assunto e data de veiculação.

PRODUTO	ASSUNTO	EDIÇÃO
Próteses Mamárias	Provimento pelo SUS de cirurgia reparadora para troca de próteses rompidas.	6/1
	ANVISA alerta consumidoras para procurarem os médicos para avaliação.	9/1
	Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica faz cadastro de implantes mamários e recomenda consumidoras a procurar o médico para avaliação.	10/1
	Provimento pelo SUS e Planos de Saúde de cirurgia reparadora para troca de próteses impróprias.	11/1 13/1
	Consumidoras devem passar por exame físico. Aquelas com antecedente de câncer de mama e alteração no exame físico, terão que trocar a prótese obrigatoriamente.	18/1

Plano de Saúde	STJ condena Plano que limita gastos em internação.	23/2
	Demora para marcar consultas e atendimento ruim em hospitais privados.	31/3
	Demora em Pronto Atendimento de hospitais privados	25/6
	Prazos máximos para atendimento de clientes em hospitais privados não são cumpridos.	3/7
	Suspensão da venda de planos de saúde.	10/7 2/10
	Plano dá cobertura ao parto com médico plantonista ou requer pagamento extra para o obstetra que acompanhou pré-natal.	8/12
Total	13 inserções	

Tabela 28 Matérias sobre Ciência & Tecnologia tabuladas por tipo de produto, assunto e data de veiculação.

PRODUTO	ASSUNTO	EDIÇÃO
Próteses Mamárias	Rompimento de próteses mamárias.	6/1; 9/1
	Implantes com silicone industrial prejudicial a saúde.	10/1; 11/1
	Consumidoras devem passar por exame físico, ultrassonografia e ressonância magnética.	18/1
	Selo do Inmetro: testes mecânicos, biológicos e químicos obrigatórios para comprovar qualidade das próteses.	15/3
Protetor Solar	Radiação solar Uva e UVb Fatores mínimos de proteção. Câncer de pele, radiação cumulativa.	4/6
Fitoterápicos	Análise de DNA para identificação das espécies.	3/7
Suplementos Alimentares	Efeitos colaterais, insuficiência renal, alterações hepáticas e cardíacas.	16/7
Emagrecedores	Alterações cardíacas provocadas por substâncias inibidoras de apetite: anfetaminas e sibutraminas.	1/9
Total	10 inserções	

A intervenção do governo se faz presente em 85% das inserções (Tabela 29): 10 reportagens reportam ações da Agência Nacional de Vigilância Sanitária; 8 inserções da Agência Nacional de Saúde Suplementar; 4 matérias do Ministério da Saúde; e 1 único caso trata do Superior Tribunal de Justiça. Essa expressiva participação do governo nas matérias sobre mercado em 2012 corresponde também

ao volume de reclamações de consumidores de planos de saúde, e de mulheres que implantaram próteses mamárias impróprias, por motivos estéticos ou de saúde, no mercado privado ou através do SUS. Além disso a Agência Nacional de Vigilância Sanitária tem uma presença marcante no mercado de produtos e serviços de saúde. Foi através da ANVISA que as operadoras dos planos de saúde foram chamadas a prestar assistência cirúrgica reparadora às consumidoras de próteses mamárias impróprias.

Tabela 29 Matérias sobre Mercado agrupadas por órgãos governamentais, produto, número de inserções e data de veiculação.

PRODUTO	ÓRGÃO	No.		EDIÇÃO
Protetor Solar	ANVISA	10	1	4/6
Fitoterápicos			1	3/7
Suplementos Alimentares			1	16/7
Remédios nas farmácias			1	26/7
Emagrecedores			1	1/9
Próteses mamárias	Ministério da Saúde	4	5	6/1; 9/1; 10/1; 11/1; 15/3
			3	6/1; 13/1; 18/1
Planos de Saúde			1	2/10
	Superior Tribunal de Justiça	1		23/2
	ANS	8	7	25/6; 28/6; 3/7; 10/7; 13/12; 2/10; 13/12
Plano de Medicamentos			1	9/11

IX.1 GASTO PRIVADO E FINANCIAMENTO ESTATAL

A composição de gastos públicos e privados em saúde no Brasil, ou a tensão entre o déficit de provimento estatal e a busca de serviços no mercado, é um tema

que atravessa as reportagens do Jornal Nacional. A matéria de abertura da edição de 14 de setembro chama a atenção para o aumento dos gastos do consumidor com saúde:

NARRAÇÃO	IMAGEM
<i>“Boa Noite! As famílias brasileiras estão gastando mais com transporte e com saúde e menos com alimentação.”</i>	APRESENTADORA PATRICIA POETA APRESENTADOR WILLIAM BONNER
<i>“É, o IBGE divulgou dados baseados na pesquisa de orçamentos familiares realizada em 2008 e 2009.”</i>	APRESENTADORA PATRICIA POETA
<i>“Em seis anos o peso do transporte nas famílias brasileiras subiu pra 16%, hoje o brasileiro gasta pra se deslocar quase o mesmo que pra comer.”</i>	ÔNIBUS TRAFEGA NA RUA COM PASSAGEIROS GRÁFICO DE BARRAS 2003 15,1% 2009 16%
<i>“Gastos com saúde também subiram, a maioria é com remédio.”</i>	PLACA MEDICAMENTOS / FARMÁCIA / DRÁGEAS
<i>“Esse aqui é pro negocio do joelho lá, dos ossos. Esse aqui pra dor...” “Vai um dinheirão nisso.” “E como vai!”</i>	DEPOIMENTO DE CONSUMIDORES

A pressão dos gastos com transporte e saúde no orçamento familiar, enfatizada por essa reportagem, já prenuncia um descontentamento que no ano seguinte ganhará voz nas manifestações de junho de 2013, as quais se iniciam em torno do aumento das tarifas de ônibus, mas logo canalizam outras questões com destaque para a qualidade da saúde pública. Quando se enfatiza o aumento dos gastos do consumidor com saúde, situa-se implicitamente a questão num campo em que o Estado está em dívida com seu dever de provedor. É o que vemos na matéria de 18 de janeiro:

NARRAÇÃO	IMAGEM
<i>“Segundo uma pesquisa do IBGE divulgada hoje, as famílias brasileiras gastaram mais com saúde do que o governo em 2009”</i>	APRESENTADOR WILLIAM BONNER
<i>“Os gastos privados chegaram a 835</i>	LETREIRO:

<i>reais por pessoa enquanto as despesas públicas ficaram em 645 reais por pessoa. As despesas totais do país com bens e serviços de saúde somaram 283 bilhões. Isso representa 8,8% de tudo que a economia brasileira produziu naquele ano.”</i>	GASTO DAS FAMÍLIAS 835,65 GASTO DO GOVERNO 645,27 DESPESA TOTAL 283,6 BI 8,8% DO PIB
---	---

Aqui o governo é inquirido diretamente quanto à sua participação. Através de uma pesquisa oficial procura-se representar o tamanho da dívida do governo para com a saúde pública. Ao se tratar do comportamento do consumo, vêm à tona o subfinanciamento do SUS e o ônus que “*as famílias brasileiras*” suportam ao arcar com a maior parte dos gastos do país com saúde. Essa denúncia do subfinanciamento do SUS está presente em 20 reportagens sobre carência de estrutura e falta de vagas, 5 sobre falta de médicos, 3 sobre greve de médicos e 2 sobre restrição orçamentária do SUS (Tabela 20). Essa tese se confirma nas reportagens que tratam do orçamento da União para a Saúde: “*o corte de mais de 5 bilhões de Reais no orçamento do Ministério da Saúde*” em 22 de fevereiro, e o veto da presidente ao artigo da Lei Orçamentária em 16 de Janeiro:

NARRAÇÃO	IMAGEM
<i>“A presidente Dilma Roussef sancionou a lei que estabelece os investimentos mínimos na saúde pública pro governo federal, pros estados e os municípios.”</i> <i>“A presidente vetou 15 artigos da lei, entre eles o que obrigava o governo federal a destinar mais dinheiro a saúde em caso de revisão do PIB.”</i>	APRESENTADOR WILLIAM BONNER

O núcleo da matéria reside no veto da presidente ao artigo “*que obrigava o governo federal a destinar mais dinheiro a saúde*”. Além do governo se eximir de

destinar mais dinheiro à saúde, ele corta o que já era insuficiente, como é explicitamente referido em 22 de fevereiro:

NARRAÇÃO	IMAGEM
<i>“A Conferência Nacional dos Bispos do Brasil lançou hoje a Campanha da Fraternidade de 2012. O tema é fraternidade e saúde pública.”</i>	APRESENTADOR WILLIAM BONNER
<i>“Os vídeos da campanha retratam as dificuldades de quem depende da rede pública de saúde.”</i>	PACIENTE DE MULETA ESPERA EM PÉ NO CORREDOR. PACIENTE SAI DA ENFERMARIA SEGURANDO NO ALTO O SORO COM A MÃO
<i>“O secretário geral da CNBB Dom Leonardo Steiner criticou o corte de mais de 5 bilhões de Reais no orçamento do Ministério da Saúde.”</i>	DOM LEONARDO FALA NA CONFERÊNCIA
<i>“O ministro Alexandre Padilha, que participou do evento, disse que apesar desse corte nenhum programa deixará de ser executado.”</i>	MINISTRO ALEXANDRE PADILHA FALA NA CONFERÊNCIA

Quando o Jornal Nacional denuncia o corte no orçamento da Saúde, já há na sociedade um certo consenso sobre o subfinanciamento do SUS. A Conferência Nacional dos Bispos do Brasil é um interlocutor cujo respaldo social justifica a presença do ministro da saúde no seu evento, e a palavra de um bispo tem audiência mais ampla do que o público católico. A disposição do ministro em executar os programas de saúde com menos recursos confirma a tese do subfinanciamento: sacrifica-se a qualidade e perpetua-se a carência.

IX.2 A EXPANSÃO DO MERCADO DE PLANOS PRIVADOS

Em 2012 os planos de saúde são foco de 12 reportagens no Jornal Nacional que compõem um retrato do subsistema privado de saúde no país. A incapacidade dos hospitais privados de atenderem a forte demanda gerada pela aceleração das

vendas para uma nova faixa da população, até então usuária exclusiva do SUS, fez crescer o volume de reclamações de consumidores no PROCOM, trouxe para a tela da TV aspectos negativos do subsistema privado e instaurou medidas regulatórias para proteger os clientes dos planos de saúde.

Há duas grandes ordens de problema postos nestas reportagens:

- a) A mais imediata diz respeito à incapacidade do sistema hospitalar privado suprir as demandas dos clientes dos planos de saúde.
- b) A questão de fundo diz respeito à própria necessidade de comprar planos privados de assistência médico-hospitalar.

Embora as duas questões venham misturadas nos discursos das reportagens, vamos nos ater primeiramente aos aspectos envolvidos na escolha pelo plano de saúde privado. Vale a pena lembrar que estas reportagens abordam conflitos sentidos mais fortemente por clientes das classes sociais de menor renda. De modo que embora exista uma diferenciação entre quem é cliente de um plano privado e quem não é, há enormes diferenças entre os serviços para as diferentes classes de clientes. Assim como nas demais categorias de produtos no mercado, o carro chefe que imprime o conceito, valores e atributos ao subsistema privado de saúde é o hospital ideal privado destinado às classes abastadas, como vimos anteriormente, muito diferente do serviço oferecido aos consumidores de planos para população de baixa renda. Assim as representações aqui presentes se referem ao contexto daquele cliente dos planos privados que tem experiência como usuário do SUS.

As reportagens apresentam um processo massivo de busca de assistência médico-hospitalar no mercado nos últimos anos vivido por uma população de milhões de pessoas, onde o sistema de saúde do país está em questão:

25 de Junho

NARRAÇÃO	IMAGEM
<i>“Nos últimos 8 anos mais de 15 milhões de brasileiros passaram a ter plano de saúde. Agora são 47 milhões de pessoas usando hospitais particulares.”</i>	SALAS DE ESPERA LOTADAS

31 de Março

NARRAÇÃO	IMAGEM
<i>“Nos últimos dois anos 5 milhões de brasileiros fizeram essa escolha.”</i>	REPORTER PROXIMO A ENTRADA DE UM HOSPITAL

A motivação dos consumidores para a compra de planos de saúde envolve dois fatores conjugados:

- a) O cliente busca assistência médica e hospitalar com qualidade e prontidão.
- b) O SUS não provê a qualidade de atendimento que os clientes buscam e os planos oferecem.

31 de Março

NARRAÇÃO	IMAGEM
<i>“Quem se associa a um plano de saúde está sacrificando parte das finanças pra ter mais conforto e qualidade no atendimento médico”</i>	REPORTER PROXIMO A ENTRADA DE UM HOSPITAL
<i>“Gente como Vanessa, que acreditava que a carteirinha seria o passaporte para um serviço de saúde de qualidade.”</i>	MULHER EM SUA CASA COM AS FATURAS DO PLANO SOBRE A MESA

25 de Junho

NARRAÇÃO	IMAGEM
<i>“Você paga um convênio pra que? Quer ser bem atendido! né?”</i>	MULHER NA ESPERA DE HOSPITAL

Por ora destacamos que o lugar ocupado pelo SUS nesse crescimento do mercado de planos de saúde é o de fornecedor dos clientes potenciais que buscam se livrar do mal atendimento no sistema público:

13 de Janeiro

NARRAÇÃO	IMAGEM
<i>“conseguir uma consulta no Sistema Único de Saúde pode demorar meses. Para mais de 40 milhões de brasileiros a alternativa são os planos de saúde privada.”</i>	FILAS EM GUICHES E SALAS DE ESPERA, PACIENTES COM SORO NO CORREDOR DE HOSPITAL PÚBLICO, PESSOA ENTEDIADA ESPERANDO.

25 de Junho

NARRAÇÃO	IMAGEM
<i>“milhões de brasileiros que nos últimos anos contrataram planos de saúde e passaram a pagar mensalidades pra receber um atendimento melhor em hospitais particulares.”</i>	APRESENTADORA PATRICIA POETA

Esses milhões de consumidores que conseguem entrar no mercado em busca de qualidade de assistência médico-hospitalar, também não encontram a satisfação da qualidade que buscam, e o mal atendimento nos hospitais privados traz imediatamente a comparação com o SUS.

31 de Março

NARRAÇÃO	IMAGEM
<i>“Hospitais lotados, demora pra marcar consulta, atendimento ruim: os problemas que antes eram sentidos pelos pacientes do Sistema Público agora também são comuns entre quem tem plano de saúde!”</i>	APRESENTADOR MARCIO GOMES

25 de Junho

NARRAÇÃO	IMAGEM
<i>“O problema é quando parte da população que resolveu pagar um</i>	SALAS DE ESPERA

<i>plano pra ter um atendimento melhor do que no hospital público, quase não percebe a diferença.”</i>	
<i>“Ele achava que pagando 400 Reais por mês pelo novo plano da família jamais passaria pelo aperto dos tempos em que só ia em hospitais públicos.”</i>	HOMEM COM MAL ESTAR NA ESPERA DO PRONTO ATENDIMENTO

31 de Março

NARRAÇÃO	IMAGEM
<i>“Se a gente esta pagando é para ter uma coisa boa. Porque senão fica pelo SUS. Tá sendo pior do que o SUS!”</i>	J. F. ATENDENTE. AO LADO DE JOVEM MULATO DE BONÉ PRA TRÁS E TATUAGEM.

Muito embora o SUS seja parte integrante da questão, há um silêncio por parte de gestores e porta-vozes do SUS nas três esferas, diante de uma realidade que questiona diretamente o provimento público, sem se importar com a debandada de milhões de usuários, como se tratasse apenas de um litígio entre consumidores e os planos de saúde. Os próprios consumidores estão focados em obter das operadoras de planos de saúde os seus direitos e a questão fica então nos marcos do direito do consumidor. E aqui entramos propriamente na segunda ordem de problemas postos pelas reportagens: a incapacidade do subsistema privado prover a qualidade de assistência demandada pelos clientes.

31 de Março

NARRAÇÃO	IMAGEM
<i>“Eles falam o que: que a agenda está completa. Daí uma semana você liga não consegue. Desde dezembro, não consegui. Eles nunca consegue. Nunca tem. Nunca tem.”</i>	A. P. P. BALCONISTA PRESTA DEPOIMENTO DIANTE DE UM HOSPITAL PRIVADO

2 de Outubro

NARRAÇÃO	IMAGEM
<i>“Uma alergia surgiu no rosto e Giovana precisou de uma consulta com urgência</i>	MOÇA JOVEM É ENTREVISTADA EM LUGAR PÚBLICO

<i>com o dermatologista. A urgência do plano era outra.”</i>	
<i>“40 dias pra marcar uma consulta”</i>	JOVEM PRESTA DEPOIMENTO

25 de Junho

NARRAÇÃO	IMAGEM
<i>“E olha que é convênio! Paga pra usar desse jeito...”</i>	HOMEM PRESTA DEPOIMENTO NA ESPERA SUPERLOTADA DO PRONTO ATENDIMENTO

O conflito instalado traz imediatamente à tona o pagamento pelo serviço. Quando se paga, a exigência em obter a entrega torna-se um imperativo. O pagamento atesta o direito à obtenção daquilo que se compra. Espera-se um *dá lá - toma cá*: de um lado o não pagamento implica interrupção da entrega pela operadora, do outro lado o consumidor reclama a prontidão de atendimento mediante o pagamento. O pagamento assume uma importância acima das necessidades de saúde no relacionamento entre o cliente e serviço:

31 de Março

NARRAÇÃO	IMAGEM
<i>“Atrasa um pro ce vê, o pagamento. Não atende mais porque a senhora não pagou. Agora eu posso esperar 3, 4 meses por uma consulta, por um exame!”</i>	V. T. TELEFONISTA

3 de Julho

NARRAÇÃO	IMAGEM
<i>“nunca deixou de pagar e, quando precisa, tem que esperar. Agora, se você deixar de pagar, eles tiram seu plano de saúde rapidinho.”</i>	DEPOIMENTO DE SENHORA EM SUA CASA COM SEU MARIDO

Essa preponderância do aspecto financeiro sobre as necessidades de saúde aparece também sob a forma da limitação dos gastos com o tratamento do cliente. Na

notícia que segue, esta questão é tratada judicialmente num contexto de proteção ao direito do consumidor, como um caso individual:

23 de Fevereiro

NARRAÇÃO	IMAGEM
<i>“O Superior Tribunal de Justiça considerou ilegal que um plano de saúde de São Paulo limite os gastos com a internação de uma paciente. A empresa tentou parar de pagar o tratamento de uma mulher com câncer no útero depois de 15 dias na UTI alegando que o limite de cobertura tinha sido atingido. Os ministros consideraram abusiva a cláusula do contrato que prevê a limitação. A decisão vale apenas para este caso.”</i>	APRESENTADOR WILLIAM BONNER

Os casos de litígio entre as prestadoras e consumidores, quando adquirem grandes proporções, pedem uma ação do governo para regular o mercado. O volume de reclamações dos clientes no PROCON e na ANS fornece um referencial para o governo e a sociedade sobre a evolução da questão.

3 de Julho

NARRAÇÃO	IMAGEM
<i>“Em 3 meses de março a junho deste ano a ANS recebeu mais de 4 mil e seiscentas reclamações contra operadoras de planos de saúde que não cumprem os prazos.”</i>	SALAS DE ESPERA LOTADAS / CORREDOR DE COM PACIENTES EM PÉ E SENTADOS / POVO EM FILA EM FRENTE DE EMERGÊNCIA
<i>“O número de reclamações aumentou mais de 50% nos últimos 3 meses.”</i>	APRESENTADORA RENATA VASCONCELLOS

2 de Outubro

NARRAÇÃO	IMAGEM
<i>“muitas vezes os prazos não estão sendo cumpridos, aumentou e muito o numero de queixas contra operadoras de planos de saúde em todo o país.”</i>	FACHADA LOJA DO PROCOM DF
<i>“houve um crescimento das reclamações a nossa procura na ordem de 77%”</i>	OSWALDO MORAES DIRETOR DO PROCON - DF

Essa elevação do volume de reclamações força o governo tomar medidas reguladoras e mobiliza uma intervenção do Estado na comercialização de planos de saúde (Anexo 50: Edição 2 de Outubro). Dessa forma o Ministério da Saúde atua como árbitro de um jogo de mercado, estabelecendo prazos de entrega, reprimindo a demanda sobre o subsistema privado buscando controlar o fluxo financeiro das vendas:

2 de Outubro

NARRAÇÃO	IMAGEM
<i>“Ao impedir que aquele plano de saúde possa continuar vendendo pra mais pessoas, ele tem que se reorganizar para garantir o atendimento no prazo correto ao cidadão, pra que ele possa voltar a ganhar recursos, dinheiro, vendendo pra mais pessoas.”</i>	ALEXANDRE PADILHA MINISTRO DA SAUDE PRESTA DEPOIMENTO. NO FUNDO APARECE ESCRITO MINISTERIO DA SAUDE E ESCONDE A PALAVRA SUS

Além dos planos de saúde, o governo também pressiona o sistema hospitalar privado a se adequar à nova situação de mercado.

25 de Junho

NARRAÇÃO	IMAGEM
<i>“A Agência Nacional de Saúde diz que os hospitais também têm responsabilidade pela situação que a gente encontrou nos Prontos-socorros e Emergências, e por todo tipo de demora, por não adequarem a quantidade de planos conveniados a capacidade de oferecer bom atendimento aos pacientes.”</i>	REPORTER DIANTE DE HOSPITAL PRIVADO

25 de Junho

NARRAÇÃO	IMAGEM
<i>“nós é que levamos sempre a pecha, que não atendemos, demora 2 horas. Eu sei</i>	D. M. PRESIDENTE DO SINDICATO DOS HOSPITAIS DO ESTADO DE SP

<i>que demora mesmo! Mas como é que eu vou fazer!</i>	PRESTA DEPOIMENTO. FAZ UM GESTO COM AS MÃOS DE QUE NÃO PODE FAZER NADA.
---	---

Ao questionar a adequação dos hospitais privados às demandas do mercado, o governo abre espaço para que estes hospitais pleiteiem, ou reclamem a falta de financiamento do governo para aumento da estrutura hospitalar.

25 de Junho

NARRAÇÃO	IMAGEM
<i>“Aumentar sua estrutura. Você fazer um investimento num hospital privado, você vai pegar dinheiro aonde? O BNDES não dá para hospital privado. Você vai pegar em banco? É inviável!”</i>	D. M. PRESIDENTE DO SINDICATO DOS HOSPITAIS DO ESTADO DE SP SALAS DE ESPERA LOTADAS

Muito embora as reportagens e chamadas do Jornal Nacional defendam o consumidor, que é o seu público, ao final da matéria os apresentadores fazem uma propaganda institucional das operadoras faltosas, revelando outra ordem de interesses nas relações entre estas e o Jornal Nacional.

2 de Outubro

NARRAÇÃO	IMAGEM
<i>“A Federação Nacional de Saúde Suplementar afirmou que apoia iniciativas para dar mais transparência aos clientes e que as operadoras estão empenhadas em sanar os problemas.”</i>	APRESENTADOR WILLIAM BONNER FALA COM APROVAÇÃO.
<i>“A UNIMED paulistana informou que não tem medido esforços para cumprir os prazos determinados pela ANS e que tem como compromisso atender os clientes com eficiência e excelência”</i>	APRESENTADORA RENATA VASCONCELOS FALA COM APROVAÇÃO.

IX.3 O MERCADO DE PRODUTOS DE SAÚDE

Ao se observar as reportagens sobre o consumo de produtos de saúde tem-se um retrato de temas frequentes neste nicho do mercado. Mesmo em se tratando de saúde, a preocupação estética permeia quase toda a pauta destas matérias. Entre as 14 inserções nesta categoria, 12 fazem referência a motivações estéticas:

- a) 7 reportagens tratam de resoluções sobre o mercado de próteses mamárias onde se contempla as consumidoras que implantaram próteses por motivos estéticos além das que o fizeram pós-mastectomia (Anexo 51: 13 de Janeiro).
- b) 2 matérias reportam a comercialização proibida ou restrita de emagrecedores e suplementos alimentares. (Anexo 52: 16 de Julho, 1 de Setembro)
- c) 1 matéria alerta sobre danos causados por aplicações irregulares de silicone. (Anexo 53: 3 de Abril)
- d) 1 matéria recomenda o uso de protetor solar e cita, entre outros, a prevenção ao envelhecimento da pele. (Anexo 54: 4 de Junho)
- e) 1 matéria reporta o crescimento do mercado de aparelhos ortodônticos como uma moda entre os jovens. (Anexo 55: 16 de Janeiro)

IX.4 REGULAÇÃO DAS RELAÇÕES NO MERCADO

Quando o tema é consumo de produtos de saúde, a ANVISA é solicitada a intervir. Das 13 matérias sobre questões referentes ao mercado e uso de produtos de saúde, 12 têm na Agência o ator principal, que situa o caso, anuncia medidas regulatórias para circulação, fornece informação técnica sobre os produtos, faz investigações e opera a fiscalização. O caso das próteses mamárias rompidas, que em 2012 levaram ao ar 7 inserções no Jornal Nacional, é emblemático, mostrando na TV

diferentes atribuições da Agência. A primeira delas a de reguladora das relações entre consumidor, prestadoras de serviços privados, fabricantes de produtos, e o sistema de saúde.

6 de Janeiro

NARRAÇÃO	IMAGEM
<i>“questões de relações entre o consumidor, no caso a portadora da prótese, e os serviços de saúde, na medida do possível a ANVISA está orientando, porque essas são questões que envolvem o sistema de saúde, os planos de saúde, e as clínicas privadas que prestaram o serviço”</i>	DIRETOR PRESIDENTE ANVISA PRESTA DEPOIMENTO

Este caso detalha publicamente relações entre o mercado, consumidores, a AVISA e o SUS, exposto na TV em capítulos, a cada edição do jornal. A princípio depara-se com um ocultamento do problema. Uma omissão temporária dos órgãos governamentais ao longo de um processo de crescimento das reclamações de usuárias de próteses rompidas.

6 de Janeiro

NARRAÇÃO	IMAGEM
<i>“Depois de usar as próteses da marca francesa por 4 anos, Jane levou um susto: o material se rompeu e o silicone se espalhou pelo tórax. Ela teve que operar de novo para substituir os implantes.”</i>	MULHER EM ÁREA VERDE É ENTREVISTADA, E MOSTRA PAPÉIS DA MARCA DE PROTESES PIP
<i>“Eu relatei todinho o meu problema e até a presente data nunca mais eu recebi nada da ANVISA.”</i>	MULHER PRESTA DEPOIMENTO
<i>“Há 2 semanas a ANVISA chegou a afirmar que não havia registro de qualquer reclamação contra a marca, agora a ouvidoria da agência divulgou ter recebido queixas.”</i>	FACHADA DO PRÉDIO DA ANVISA

Tornada pública, a questão requer ações reguladoras, o que exige definições do governo sobre o problema, sobre os deveres do Estado, dos prestadores e os direitos das consumidoras, o que é elaborado conforme a evolução do caso. Num primeiro momento o governo declara que aquelas consumidoras que implantaram próteses mamárias por motivos estéticos não teriam direito a cirurgia reparadora e substituição gratuita das mesmas pelo SUS. Neste momento os planos de saúde ainda não eram chamados a prestar serviços. (Anexo 56: 6 de janeiro).

Em 11 de Janeiro um fórum ampliado de decisão com a presença de representantes da corporação médica e do Departamento Nacional de Defesa do Consumidor, revê o entendimento do caso:

11 de Janeiro

NARRAÇÃO	IMAGEM
<i>“As medidas foram decididas numa reunião da ANVISA com associações de médicos e o Departamento Nacional de Defesa do Consumidor.”</i>	MESA DE REUNIÃO BANDEIRA DO BRASIL COM 17 PESSOAS ENCABEÇADA PELO PRESIDENTE DA ANVISA
<i>“As mulheres que estiverem com essas próteses rompidas poderão fazer a substituição de graça pelo SUS ou pelo plano de saúde. A decisão vale para mulheres que colocaram próteses por motivo de saúde ou estético e também para quem fez o implante na rede privada.”</i>	ILUSTRAÇÃO GRÁFICA DE CORPO FEMININO LETREIROS DESTACAM AS MEDIDAS.
<i>“A partir do momento em que se verifica que há uma ruptura desse implante a cirurgia é entendida como cirurgia reparadora. Esse procedimento poderá ser feito pelo SUS, será garantido pelos planos de saúde porque também garantem a cirurgia reparadora, mas claro que as mulheres que tiverem interesse em fazer via sistema privado farão pelo sistema privado.”</i>	PRESIDENTE DA ANVISA PRESTA DEPOIMENTO

Uma questão que se refere às ações dos sistemas de saúde público e privado é decidida entre agência reguladora, corporações médicas e o órgão de defesa do consumidor. O tratamento da questão no âmbito dessas reportagens não menciona o direito universal à saúde. É a defesa do consumidor que requer do SUS a substituição gratuita à todas mulheres com próteses rompidas, e dos planos de saúde a cobertura da cirurgia de suas clientes. Na mesma medida as consumidoras de implantes por motivos estéticos em clínicas particulares passam a ser incluídas no direito à substituição das próteses. A condução do caso é dada pelas garantias governamentais que conferem segurança ao mercado e ao consumidor, como vemos na declaração do Diretor da ANVISA em 16 de Janeiro.

16 de Janeiro

NARRAÇÃO	IMAGEM
<i>“É importante tomar medidas que visem que a população possa confiar de novo que é seguro receber um implante desse.”</i>	PRESIDENTE DA ANVISA PRESTA DEPOIMENTO

Com a evolução do caso o governo passa a aprofundar as exigências em relação aos procedimentos nos corpos das mulheres, obrigando a cirurgia de substituição mesmo quando o rompimento não ocorreu.

18 de Janeiro

NARRAÇÃO	IMAGEM
<i>“Todas devem passar por exame físico, e se necessário ultrassonografia e ressonância magnética. Aquelas com antecedente de câncer de mama e alteração no exame físico, mesmo sem rompimento, terão que trocar a prótese obrigatoriamente.”</i>	IMAGEM GRÁFICA DO CORPO HUMANO FEMININO E LETREIROS COM AS NORMAS LETREIRO: TROCA OBRIGATÓRIA

Nestas 7 inserções sobre o caso das próteses mamárias vemos como o governo a princípio omite a ocorrência da questão, e depois de reconhecê-la tem um posicionamento inicial que se modificará conforme outros atores entram na negociação. Mais adiante toma conta da situação e estabelece controles sobre os fluxos para o atendimento da demanda e inclusive sobre os procedimentos físicos nos corpos das usuárias das próteses impróprias. Quanto à averiguação da qualidade da mercadoria, as reportagens demonstram para o público uma sequência de ações investigativas, fiscalizadoras e administrativas para regular a sua comercialização (Anexo 57: 10 de Janeiro, 11 de Janeiro, 18 de Janeiro, 15 de Março):

- a) cancelamento de registro na ANVISA
- b) recolhimento de produto no mercado
- c) rastreamento das compradoras do produto impróprio
- d) inspeção dos fabricantes fornecedores estrangeiros para o Brasil
- e) exigência de selo INMETRO e definição dos testes de qualidade.

IX.5 ACESSO AOS PRODUTOS FARMACÊUTICOS

18% das inserções sobre o mercado de produtos de saúde tratam do consumo de fármacos. Como vimos na matéria sobre o PNAD-IBGE em 14 de setembro o remédio é uma mercadoria de peso elevado no orçamento do brasileiro. (Anexo 58)

Assim como em relação ao modelo assistencial não existe menção no Jornal Nacional à rede de Atenção Básica do SUS: quando se trata da distribuição de medicamentos, a farmácia das Unidades Básicas de Saúde não é mencionada. Muito embora o SUS seja o principal cliente dos laboratórios e distribuidores no mercado de fármacos, o foco das reportagens do Jornal Nacional é o consumidor que compra

no mercado os bens que consome. A reportagem de 9 de novembro estabelece esse divisor entre o provimento estatal e o acesso de medicamentos no mercado.

9 de Novembro

NARRAÇÃO	IMAGEM
<i>“Todos os meses Lucimar vem à Central de Medicamentos do governo pra conseguir os remédios que a sogra dela toma pra esclerose. Pela primeira vez não encontrou.”</i>	MULHER ANDA NA RUA ENTRA NA REPARTIÇÃO PÚBLICA / MULHER COM RECEITA NAS MÃOS / DETALHE DA RECEITA, LÊ-SE NO CARIMBO: MED. FALTA
<i>“Acho que é mais de mil Reais esse remédio. Onde vou encontrar o dinheiro?”</i>	MULHER PRESTA DEPOIMENTO

Logo de início se associa o provimento estatal à falta de medicamentos e se comunica uma aversão não somente à falha do provimento mas ao lugar de quem está sujeito a este provimento. Já o programa Farmácia Popular é citado com neutralidade como uma opção de acesso a medicamentos:

9 de Novembro

NARRAÇÃO	IMAGEM
<i>“Remédios gratuitos ou com subsídios também estão disponíveis no programa Farmácia Popular.”</i>	CARTAZ FARMACIA POPULAR GRÁTIS MEDICAMENTOS PARA DIABETES, HIPERTENSÃO E AGORA ASMA
<i>“E agora uma resolução da Agência Nacional de Saúde Suplementar publicada no mês passado permite que planos de saúde ofereçam planos de medicamentos para uso domiciliar.”</i>	FARMÁCIA COM GÔNDOLAS E PESSOAS PASSAM PELO CARTAZ DA FARMACIA POPULAR / MULHER IDOSA COM RECEITA NAS MÃOS

Embora não se faça uma crítica à Farmácia Popular, se busca oferecer em contrapartida um novo produto no mercado denominado *“plano de medicamentos para uso domiciliar”*.

9 de Novembro

NARRAÇÃO	IMAGEM
<i>“O objetivo da ANS é incentivar o tratamento em casa.</i>	FILAS DE PÚBLICO EM ESPERA DE ÓRGÃO PÚBLICO
<i>Por exemplo, de cada 100 brasileiros que sabem que tem hipertensão 75% não fazem o tratamento corretamente.”</i>	ANIMAÇÃO 3D GRÁFICO PIZZA

Esse novo plano de medicamentos é associado ao domicílio, e indica que isso facilitaria o tratamento de doenças crônicas como a hipertensão. Na reportagem vemos filas em órgão público como um contraponto significativo ao provimento doméstico proposto pelo “plano de medicamentos”. Desse modo se estabelece a facilitação do acesso ao medicamento como fator de melhoria da saúde pública através de um dispositivo comercial no mercado de produtos de saúde.

9 de Novembro

NARRAÇÃO	IMAGEM
<i>“Maria da Conceição tem pressão e colesterol altos, pra ela o plano de medicamentos seria vantajoso.”</i>	MULHER ANDA NA RUA E ENTRA NA FARMÁCIA
<i>“Acho válido, porque de todo jeito tem que comprar em farmácia, e geralmente é à vista.”</i>	MARIA PRESTA DEPOIMENTO
<i>“É importante o consumidor ter uma noção mínima de quanto ele gasta por mês com seus medicamentos. Por exemplo 100 Reais. Pra que esse plano valha a pena é importante o consumidor ter pelo menos um desconto de 30% , ou seja, esse plano tem que custar para ele 70 Reais.”</i>	COORDENADOR DO PROCON PRESTA DEPOIMENTO

Do ponto de vista de quem compra medicamentos no mercado esse novo produto pode ser atrativo comercialmente seja pela expectativa de estar comprando “fiado” para pagamento a posteriori, seja pela possibilidade de se pagar menos. O que subjaz os enunciados sobre essas opções de acesso, seja pelo provimento estatal,

que requer enfrentar filas e estar sujeito a faltas, seja pela aquisição em farmácias, subsidiada ou não, ou pelo “plano de medicamentos”, o sentido é aumentar o consumo de fármacos, o que proporcionaria uma melhor condição de saúde. Esse mesmo incentivo ao consumo se encontra na matéria de 26 de julho sobre a regulação do autosserviço em farmácias:

26 de Julho

NARRAÇÃO	IMAGEM
<i>“A partir de amanhã remédios que não precisam de receita médica voltarão a ficar ao alcance dos consumidores nas farmácias. A Agência Nacional de Vigilância Sanitária alterou a resolução de 2009 que determinava a colocação desses medicamentos atrás do balcão”.</i>	APRESENTADOR WILLIAM BONNER

Sem entrar na discussão sobre a relação entre o aumento do consumo de medicamentos e uma melhor condição de saúde, essa resolução da ANVISA sobre o autosserviço não está preocupada com a saúde, mas com a facilidade de acesso e o incremento da atividade comercial. Como a resolução incentiva a compra por impulso, que é o principal fator para a exposição de produtos em gôndolas, ela mesma tenta remediar a situação:

26 de Julho

NARRAÇÃO	IMAGEM
<i>“medicamentos que tem os mesmos princípios ativos precisarão ficar próximos uns dos outros e as farmácias deverão fixar cartazes alertando para os perigos da automedicação.”</i>	APRESENTADOR WILLIAM BONNER

Outro aspecto do mercado de fármacos é a circulação de mercadorias com substâncias de comercialização proibida, notadamente produtos voltados para

estética corporal, como emagrecedores ou inibidores do apetite, e suplementos alimentares.

16 de Julho

NARRAÇÃO	IMAGEM
<i>“A Agência Nacional de Vigilância Sanitária proibiu no país uma substância encontrada em produtos vendidos ilegalmente como suplementos alimentares.”</i>	APRESENTADORA PATRICIA POETA JOVENS TREINANDO MUSCULAÇÃO EM ACADEMIA

1 de Setembro

NARRAÇÃO	IMAGEM
<i>“Desde outubro do ano passado está proibida a venda de derivados de anfetamina usados para emagrecer, só a venda da sibutramina o remédio que tira a fome é que continua liberado, mesmo assim com restrições.”</i>	REPORTER EM UMA FARMACIA FARMACIA COM CONSUMIDORES / RECEITA DE REMEDIO

O mercado de fármacos torna acessível substâncias que produzem efeitos danosos à saúde. As matérias analisadas esbarram nos efeitos iatrogênicos decorrentes do consumo de medicamentos. Muito embora a reportagem toque nessa questão, há uma omissão quanto ao hábito cada vez mais generalizado na sociedade contemporânea de consumir medicamentos. Mais do que uma condescendência, como vemos a seguir, há incentivo ao uso de substâncias, acompanhado pela recomendação da orientação de profissional médico.

16 de Julho

NARRAÇÃO	IMAGEM
<i>“Os suplementos alimentares de verdade repõe nutrientes em falta no organismo podem sim ser usados mas sempre com orientação de um medico ou nutricionista.”</i>	ANIMAÇÃO GRAFICA 3D DE CORPO MASCULINO E LETREIROS: SUPLEMENTOS ALIMENTARES PROTEINAS E AMINOÁCIDOS AJUDAM A GANHAR MASSA MUSCULAR. EM EXCESSO COMPROMETEM OS RINS. CARBOIDRATOS: FONTE DE

	ENERGIA SEM ORIENTAÇÃO: ENGORDAM E PODEM DESPERTAR DIABETES
<i>“Consumir do jeito certo, como faz Vilma, ajuda melhorar o corpo por fora sem estragar por dentro.”</i>	MULHER JOVEM FAZ ATIVIDADE FÍSICA EM ACADEMIA. MAIS PESSOAS SE EXERCITAM. MULHER TOMA ÁGUA.

Quanto maior a permissividade ao consumo de medicamentos na sociedade, maior a responsabilidade do Estado em vigiar e restringir o acesso. Uma das formas de controlar o uso é a classificação dos medicamentos quanto à restrição do acesso e a exigência de receitas, o que responsabiliza o profissional médico e o paciente pelo consumo.

1 de Setembro

NARRAÇÃO	IMAGEM
<i>“Médicos e pacientes tem que assinar um documento no qual se responsabilizam pelo uso do remédio, cópia da farmácia é enviada à ANVISA. O rigor é porque esses medicamentos tem contraindicações.”</i>	FARMÁCIA COM CONSUMIDORES / RECEITA DE REMÉDIO FACHADA DO PRÉDIO DA ANVISA

Diante dos controles sobre a comercialização, o público consumidor busca burlar as restrições para obter o remédio, e gera uma demanda no mercado informal inclusive nas próprias farmácias. As reportagens relatam situações em que, no afã de obter os efeitos desejados, a noção dos efeitos nocivos dos medicamentos é descartada.

1 de Setembro

NARRAÇÃO	IMAGEM
<i>“Para perder peso essa mulher já comprou remédios de uso controlado, sem receita, em farmácias e com vendedores clandestinos.”</i>	PARTES DO ROSTO DE UMA MULHER
<i>“Se eu sair daqui agora eu sei aonde”</i>	MULHER PRESTA DEPOIMENTO

<i>encontrar e onde comprar com facilidade.”</i>	
--	--

16 de Julho

NARRAÇÃO	IMAGEM
<i>“A entrega é feita em mãos no lugar combinado. O vendedor admite que podem surgir efeitos colaterais e até explica como os remédios devem ser administrados.”</i>	CENA DA ENTREGA DO REMÉDIO EM LUGAR PÚBLICO CÂMARA OCULTA

Essa demanda dos consumidores pela aquisição de medicamentos no mercado informal encontra facilidade de satisfação na internet. Sites de venda de remédios sem receita atendem as necessidades desses consumidores, são conhecidos pela ANVISA e pela polícia, mas não há como impedir esse comércio.

16 de Julho

NARRAÇÃO	IMAGEM
<i>“Mesmo assim é fácil encontrar pela internet. Nossa produtora no Rio de Janeiro encomendou por telefone dois dos produtos oferecidos pela internet ilegalmente”</i>	TELAS DE SITE DE VENDA DE REMÉDIO MÃOS FEMININAS DISCAM CELULAR MULHER DIANTE DE TELA DE MONITOR COM O SITE DE VENDA BOCA FEMININA FALA AO CELULAR

1 de Setembro

NARRAÇÃO	IMAGEM
<i>“Até sem sair de casa com alguns cliques é fácil achar medicamentos. A venda de remédios sem receita pela internet preocupa a ANVISA. O presidente da Agência Nacional de Vigilância Sanitária disse que monitora com a Polícia Federal esse mercado mas reconhece que tem dificuldades.”</i>	TELAS DE SITES COM PROPAGANDAS DE REMÉDIOS
<i>“Normalmente esses sites são hospedados fora do Brasil. São quadrilhas muitas vezes muito</i>	DIRETOR PRESIDENTE DA ANVISA PRESTA DEPOIMENTO

<i>organizadas. E pra poder agir, imagina que você tira um site desse do ar, a facilidade de colocar outro é muito rápido.”</i>	
---	--

X CONSIDERAÇÕES FINAIS

Embora tenhamos elegido o Hospital, Ciência & Tecnologia, Mercado, e Saúde Pública como os mais significativos objetos de análise, a amostra oferece outras matérias relevantes para investigação das representações da saúde e da doença presentes no programa de TV em pauta neste trabalho:

- a) Hábitos e Comportamento, 12% da amostra, que inclui psiquiatria, adição a drogas, tabagismo, condição psicofisiológica ao dirigir com sono, estresse e uso de bebida alcoólica, além de matérias sobre hábito alimentar e atividade física.
- b) Notícias Internacionais, 6% da amostra, que abordam questões sobre saúde global, bioética e política pública em saúde como a reforma sanitária norte-americana e o sistema universal inglês.
- c) Matérias sobre questões epidemiológicas ou o perfil de doenças e a forma como o Jornal Nacional apresenta essa classe de reportagens, que somam 10% da amostra.
- d) Corporação Médica, um dos atores centrais em 6% da amostra.

Mesmo que certas matérias destas quatro categorias já tenham sido analisadas, estes temas somam 34% da programação sobre saúde no Jornal Nacional e demandam uma análise mais aprofundada para completar o propósito da pesquisa. Como as ideias apresentadas nos discursos das reportagens se interconectam e ignoram a arbitrariedade das classificações, a análise das matérias destas quatro classes adicionais deve trazer novas implicações sobre o que aqui se tratou.

Uma visão geral dos fatos midiáticos construídos pela TV sobre o tripé hospital-mercado-ciência & tecnologia deixa algumas perguntas inquietantes.

A primeira delas é sobre a insustentabilidade do “sonho de consumo” do modelo de saúde fundado na intervenção hospitalar, especializado em doenças e construído por meio de incorporação tecnológica gestada no mercado global. Quarenta anos após o Relatório Lalonde, que já delineava essa perspectiva, observamos no material pesquisado um recrudescimento dessa insustentabilidade: a sofisticação tecnológica hospitalar e farmacêutica progride dia a dia nos noticiários e se incorpora ao léxico de populações que não têm acesso ao padrão de consumo e à qualidade de produção desenhada por esse modelo.

Confirmando essa tensão nas manifestações de Junho/2013 no país, uma das bandeiras que ganhou popularidade estampava o desejo de um provimento hospitalar rico e altamente tecnológico: HOSPITAIS PADRÃO FIFA! A Atenção Básica, que teria potencial para ampliar possibilidades de produção de saúde e diminuir consumo hospitalar, adoecimento e sequelas, não tem financiamento, nem “resolutividade” necessários, o que aumenta a demanda sobre o sistema hospitalar e o gasto com alta e média complexidade que é atualmente da ordem de 65% do orçamento do SUS (ENSP, 2014).

O afluxo dos usuários em busca de atendimento ambulatorial na porta de urgência e emergência tem multiplicado a oferta de UPAs e ambulatórios de especialidades de pronto atendimento, mais voltada para a minimização de sintoma e intervenção pontual imediata do que para a atenção à saúde integral do usuário. Esse quadro de insustentabilidade se amplia dia a dia, tanto pelo provimento público, que incorpora nas suas práticas a lógica de mercado e as demandas de consumo, inclusive nas unidades básicas de saúde, quanto pelo subsistema privado, sendo que tanto um quanto outro são financiados direta ou indiretamente pelo Estado.

O quanto se gasta com consumo de produtos e serviços que não se revertem em produção efetiva de saúde? O quanto do que se gasta é desperdício condicionado pelo próprio modo de produção? O quanto é consumo desnecessário, ou que não produz resultado esperado ou satisfatório, ou produz efeitos iatrogênicos, isto é, mais gastos ainda?

Uma série de questões derivam dessa falta de sustentabilidade da saúde pública; questões que obviamente se inserem num quadro mais amplo, dado que o acirramento dessa insustentabilidade se insere numa condição em que a sociedade de consumo quanto mais se desenvolve mais insustentável se torna.

Outra questão inquietante recai sobre a enorme produção tecnocientífica que faz parte desta ciranda insustentável apontada acima, tema central de 20% das matérias sobre saúde no Jornal Nacional em 2012, focada sobre a doença sob a ótica biomédica. A questão é complexa pois essa enorme produção, além dos efeitos almejados, que podem ser medidos e repetidos, também produz consequências inesperadas. Para citar apenas dois exemplos atuais:

1) Em 2 de Maio de 2014 a Folha de São Paulo publica a manchete *“Infecção resistente é crise global, diz OMS”* (GARCIA, 2014) alertando para a proliferação de bactérias multirresistentes provocada pelo grande consumo de antibióticos *“fazendo com que, no futuro, infecções simples possam matar em larga escala”* e conclui que segundo a OMS *“o antibiótico não pode mais ser visto como um bem comercial. Tem de ser visto como um bem público”* (...) *“o problema é tão grave que ameaça levar a medicina a uma era pós-antibiótico”*. Para lidar com uma lista preocupante de sete superbactérias que estão se expandindo globalmente, o único recurso disponível seria produzir novos antibióticos os quais não poderiam ser

disponibilizados no mercado para tentar refrear o processo de produção de superbactérias multirresistentes. Por outro lado os laboratórios produtores de medicamentos não têm interesse em investir em pesquisa e desenvolvimento de mercadoria de baixo consumo. Além disso a velocidade da ciranda da insustentabilidade é tal que *“novos tipos de antibióticos podem se tornar obsoletos antes mesmo de dar retorno financeiro”*.

2) Em 4 de Maio a mesma Folha de São Paulo publica a manchete *“Automedicação estimula hiperdosagem”* (COLLUCCI, 2014) onde reporta pesquisa em 12 capitais do país na qual 76% dos entrevistados afirmam consumir remédios indicados por familiares e amigos, e destes, 32% declaram aumentar a dose por conta própria. A matéria destaca que *“os medicamentos são os principais agentes causadores de intoxicação no país”* e cita exemplos como o paracetamol, descongestionante nasal, anti-inflamatórios, corticoide, analgésicos, relatando danos como alergias, hemorragias, lesões no estômago e no fígado, contração dos vasos, elevação da pressão arterial, inchaço, supressão da hipófise e da tireoide e morte. *“Na pesquisa 61,4% dos que se automedicam dizem estar conscientes dos riscos, mas afirmam que isso não é o bastante para detê-los.”*

Em ambas as reportagens evidenciam-se paradoxos a que a sociedade de consumo lança os próprios consumidores. As matérias trazem exemplos da produção social de doenças a partir do consumo da própria tecnologia biomédica. No caso das superbactérias o uso da tecnologia produz novos seres, num processo que sugere, segundo a declaração do representante da OMS naquela reportagem, *“uma nova era pós-antibiótico”*, isto é, uma nova era desconhecida e deflagrada exatamente pelos efeitos do uso de antibióticos. No caso da hiperdosagem na automedicação em larga

escala é a adesão ao recurso tecnológico como ícone de saúde, isto é, a própria reificação, que produz a doença. E, pelo que afirmam 60% dos entrevistados, não é a informação racional que pode deter essa alienação. Em ambos os casos trata-se de desafios que colocam a sociedade diante de armas que ela mesma criou.

Tomamos esses dois casos apenas como ilustração de um campo de investigação sobre as implicações do discurso tecnocientífico biomédico, que constrói processos de alienação da saúde e da vida, e dos efeitos do consumo de massa destas tecnologias na produção social de doenças.

Uma terceira questão decorre da presença controvertida da Saúde Pública na TV. Uma confluência de interesses estão em constante disputa neste espaço. Em primeiro lugar trata-se de um espaço cego, dado que calcado sobre ideologia e todo discurso ideológico, seja de qualquer matriz, perpetua a ignorância na medida em que seu propósito é autocentrado. Em segundo lugar não há ainda uma compreensão do campo simbólico do qual os discursos sobre saúde na TV fazem parte, como campo de construção de fatos e de produção de representações sociais de saúde e doença. Na medida em que esse campo possa ser valorizado como um espaço de intervenção informada e apoiada em conhecimento, mudanças podem ser introduzidas nas representações do SUS na TV.

Mas ficam ainda outras questões despertadas pelas imagens na mídia que compõe uma iconografia da saúde pública associada à pobreza, falta de provisão e desvalorização da vida de usuários “*SUS dependentes*”, e por outro lado exibe cenas de máxima eficiência na defesa da vida de pessoas ilustres das elites. Este contraste exibido frequentemente nas telas das TVs está no centro das preocupações: é o sofrimento que se expressa em relação ao SUS nas manifestações massivas de junho

de 2013 (Figuras 12, 13, 14). Trazer à luz esta condição de diferenças de valor da vida de uns e de outros, é tão necessária quanto discutir a questão do subfinanciamento. Ao não acolher esse sofrimento, o SUS faz vista grossa às iniquidades, se acomoda à desvalorização da vida de muitos, ao clientelismo que favorece alguns, e dissimula variadas formas de discriminação social e racial nos serviços. As pesquisas sobre as diferenças de atenção à pessoa negra no SUS são exemplos dessa condição, mas essas diferenças também emergem em relação à menina grávida, ao etilista, ao menor em situação de abuso de drogas e ao paciente psicótico, entre outros. A questão posta pelos contrastes em relação à defesa da vida, que emerge na TV pela exposição da face sombria da assistência no sistema público, recoloca a complexidade da construção da cidadania no campo da saúde pública, que ultrapassa o âmbito macropolítico em que o SUS é gerido, o arcabouço jurídico constitucional, o financiamento, as diretrizes e as políticas públicas, embora esses fatores componham a complexidade da questão.

Por outro lado a defesa da própria vida e a da pessoa aos cuidados do profissional de saúde é um acontecimento singular produzido em ato. Mesmo tendo em vista que o SUS está condicionado a desempenhar uma função assistencial compensatória e focalizada em segmentos sociais de baixa renda, e que o modo de produção tende a ser capturado pela repetição de condutas prescritivas, em geral pouco efetivas, para o controle e gestão sobre as vidas das populações, o SUS é um campo de possibilidades para a produção efetiva de saúde. Para além das práticas gestadas nos contextos disciplinadores da “saúde” da população pobre, está sempre aberta a possibilidade dos encontros que produzem cuidado, escapam da repetição e instauram mudanças na vida de pessoas e no trabalho no SUS. Numa tentativa de

escapar às repetições que desvalorizam a vida dos usuários e o trabalho dos profissionais, o SUS também gera dispositivos voltados para avaliação e qualificação do profissional e dos serviços, valorização da produção do cuidado e vínculo, participação e controle social, produção de equipe multidisciplinar e matriciamento, educação popular em saúde, educação permanente e outros dispositivos de apoio às equipes.

Em suma, o tema repisado na mídia da desvalorização da vida do usuário do SUS, que também pode ser visto como um “*subconsumidor*” que depende exclusivamente do Estado para ter acesso ao consumo de bens de saúde, como define Bauman, nos faz pensar, na qualidade de seres políticos, ou da polis, que podemos estar diante da enigmática condição do *decifra-me ou devoro-te*.

Figura 12

Figura 13

Figura 14

XI REFERÊNCIAS

ANSA - Agência Nacional de Saúde Suplementar. Linha do Tempo [homepage na internet]. Rio de Janeiro. 2013 [acesso em 20 jan 2014] Disponível em: <http://www.ans.gov.br/aans/quem-somos/historico/1395-linha-do-tempo>

ANSb - Agência Nacional de Saúde Suplementar. Câmara de Saúde Suplementar [homepage na internet]. Rio de Janeiro. 2013 [acesso em 20 jan 2014] Disponível em: <http://www.ans.gov.br/participacao-da-sociedade/camara-de-saude-suplementar>

Araújo I. Cartografia da Comunicação. In: Lefèvre F, Lefèvre AMC, Ignarra R, org. O Conhecimento de Intersecção. São Paulo: IPDSC; 2007.

Arouca ASS. O Dilema Preventivista. Contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva. Rio de Janeiro: Ed Fiocruz; 2003.

Arouca ASS. Democracia é saúde. 8ª. Conferência Nacional de Saúde; 1986; Brasília. Anais. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1987; 35-42.

Bahia L, Costa AJL, Fernandes C, Raggio LR, Cavalcanti MLT. Segmentação da demanda dos planos e seguros privados de saúde: uma análise das informações da PNAD/98. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2002;7(4):671-686.

Bahia L. Mudanças e Padrões das Relações Público-Privado: Seguros e Planos de Saúde no Brasil [tese de doutorado]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz; 1999.

Bahia L. As contradições entre o SUS universal e as transferências de recursos públicos para os planos e seguros privados de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2008;13(5):1385-1397.

Bahia L. O sistema de saúde brasileiro entre normas e fatos: universalização mitigada e estratificação subsidiada. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2009;14(3):753-762.

Bauman Z. *Vida Para Consumo A Transformação Das Pessoas Em Mercadoria*. Rio De Janeiro: Jorge Zahar Ed.; 2008.

Bauman Z. *A Sociedade Individualizada Vidas Contadas e Histórias Vividas*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2009.

Beck U, Giddens A, Lash S. *Modernização Reflexiva: Política, Tradição E Estética Na Ordem Social Moderna*. São Paulo: Editora Unesp; 1995.

Beck U. *La Sociedad del Riesgo Global*. Madrid: Siglo XXI; 2002.

Beck U. *Sociedade De Risco: Rumo A Uma Outra Modernidade*. São Paulo: Editora 34; 2010.

Bertolozzi MR, Greco RM. As políticas de saúde no Brasil: reconstrução histórica e perspectivas atuais. *Rev. Esc. Enfermagem USP*. 1996;30(3):380-98.

Campos GWS. Desafios políticos e organizacionais do SUS: vinte anos de política pública. *Cad. Saúde Pública*. 2008;24(10):2200-2201.

Campos GWS. Modo de co-produção singular do Sistema Único de Saúde: impasses e perspectivas. *Rev. Saúde em Debate*. 2009;33(81):47-55.

Carvalho JM. *Cidadania no Brasil O Longo Caminho*. 13.ed. São Paulo: Civilização Brasileira; 2010.

Cohn A. Estado e sociedade e as reconfigurações do direito à saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2003;8(1):9-18.

Cohn A. A reforma sanitária brasileira após 20 anos do SUS: reflexões. Cad. Saúde Pública. 2009;25(7):1614-1619.

Collucci C. Automedicação estimula hiperdosagem. Folha de São Paulo. 4 maio 2014; Cotidiano Saúde + Ciência; C7.

Costa AM, Bahia L, Scheffer M. Onde foi parar o sonho do SUS? Le monde Diplomatique [periódico na internet]. 2013 [acesso em maio 2013];6(69). Disponível em: <http://www.diplomatique.org.br/artigo.php?id=1395>

ENSP – Escola Nacional de Saúde Pública [homepage na internet]. Rio de Janeiro: Informe ENSP [atualizado 13 maio 2014; acesso em 20 maio 2014]. Disponível em: <http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/informe/site/materia/detalhe/35282>

Feltrin R. Ibope do Jornal Nacional no país cresce com Patrícia Poeta. Folha de São Paulo. 9/5/2012; UOL - F5 [periódico na internet]. 2012 [acesso em 20 out 2012]. Disponível em: <http://f5.folha.uol.com.br/colunistas/ricardofeltrin/1087708-ibope-do-jornal-nacional-no-pais-cresce-com-patricia-poeta.shtml>

Fernandes LA. As Santas Casas da Misericórdia na República Brasileira 1922-1945 [dissertação de mestrado na internet]. Évora: Universidade de Évora; 2009 [acesso em 10 out 2013]. Disponível em: http://www.ensino.uevora.pt/erasmusmundus/thesis/thesissantascasas_lilianefernandes.pdf

Garcia R. Infecção resistente é crise global, diz OMS. Folha de São Paulo. 2 maio 2014; Cotidiano; Saúde + Ciência; C6.

Gerschman S, Ugá MAD, Portela M, Lima SML. O papel necessário da Agência Nacional. Physis Revista de Saúde Coletiva. 2012;22 [2]: 463-476.

Giddens A. As Consequências da Modernidade São Paulo: Editora Unesp; 1991.

Hobsbawm E. Era dos Extremos o breve Século XX 1914-1991. São Paulo: Cia das Letras; 1995.

GLOBO.COM [Homepage na internet]. Mais de 20 mil remédios vencidos devem ser incinerados em MT. G1 MATO GROSSO [atualizado em 26 abr 2012; acesso em 15 abr 2014]. Disponível em: <http://g1.globo.com/mato-grosso/noticia/2012/04/mais-de-20-mil-remedios-vencidos-devem-ser-incinerados-em-mt.html>

IOMAT – Superintendência da Imprensa Oficial do Estado do Mato Grosso. [homepage na internet] Portaria N. 017/2014/GBSES [atualizado em 29 jan 2014; acesso em 15 abr 2014] Disponível em: https://www.iomat.mt.gov.br/do/navegadorhtml/mostrar.htm?id=637238&edi_id=3612

Lefèvre F. O medicamento como mercadoria simbólica. São Paulo: Cortez; 1991.

Lefèvre F. A Saúde Como Fato Coletivo. Saúde e Sociedade. 1999;8(2):83-91.

Lipovetsky G e Serroy J. A Tela Global – Mídias Culturais e Cinema Na Era Hipermoderna. Porto Alegre: Ed Sulina; 2009.

Lochak D. Les Droits de L’homme. Paris: Éditions La Découverte; 2005.

Luz MT. Notas sobre as políticas de saúde no brasil de "transição democrática" - Anos 80. Physis - Revista de Saúde Coletiva. 1991;I(I):78-96.

Mattos S. A Televisão No Brasil: 50 Anos De História. Salvador: Editora Pas – Edições Ianamá; 2000.

Mendes EV. 25 anos do Sistema Único de Saúde: resultados e desafios. Estudos Avançados. 2013;27(78):27-34.

Merhy E. Saúde e Direitos: tensões de um SUS em disputa, molecularidades. *Saúde Sociedade*. 2012;21(2):267-279.

O GLOBO [homepage na internet] Economia - 30 anos da crise da dívida externa [atualizado em 2013; acesso em 15 mar 2014]. Disponível em: <http://oglobo.globo.com/infograficos/divida-crise/>

Ocké-Reis CO. Mensuração dos Gastos Tributários: O Caso dos Planos de Saúde – 2003-2011. IPEA Nota Técnica. 2013; No. 5.

OMS – Organização Mundial de Saúde. [homepage na internet]. Geneva; 2011 World Health Statistics 2011 [acesso em 20 jan 2014] Disponível em: <http://www.who.int/whosis/whostat/2011/en/>

Paim JS. A reforma sanitária brasileira e o Sistema Único de Saúde: dialogando com hipóteses concorrentes. *Physis Revista de Saúde Coletiva*. 2008;18 [4]: 625-644.

Paim JS. O futuro do SUS. *Cad. Saúde Pública*. 2012;28(4):612-613.

Pereira LC. A Vida Com a TV O poder da televisão no cotidiano. São Paulo: Senac Editora; 2002.

PNAD – Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. 2011 [relatório na internet] IBGE; 2011. [acesso em 20 out 2012] Disponível em: ftp://ftp.ibge.gov.br/Trabalho_e_Rendimento/Pesquisa_Nacional_por_Amostra_de_Domicilios_anual/2011/tabelas_pdf/brasil_7_2.pdf

Priolli G. A Arte de vender sabonete. In: Pereira LC, org. A Vida Com A TV O Poder da Televisão no Cotidiano. São Paulo: Senac Editora; 2002.

Santos IS, Ugá MAD, Porto SM. O mix público-privado no Sistema de Saúde Brasileiro: financiamento, oferta e utilização de serviços de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2008;13(5):1431-1440.

Santos NR. SUS, política pública de Estado: seu desenvolvimento instituído e instituinte e a busca de saídas. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2013;18(1):273-280.

Simões I. *A Nossa TV Brasileira*. São Paulo: Senac Editora; 2004.

Teixeira SF. Reflexões teóricas sobre democracia e reforma sanitária. In: Teixeira SF, org. *Reforma Sanitária em busca de uma teoria*. Rio de Janeiro: Abrasco; 1989. p. 17-46

TELETIME News [homepage na internet]. 2012 [atualizado em 30 mai 2012; acesso em 20 out 2012]. Disponível em:

<http://www.teletime.com.br/30/05/2012/usuarios-residenciais-de-internet-igualam-residencias-com-tv-no-mundo-diz-cisco/tt/280956/news.aspx>

Ugá MAD, López EM. Os hospitais de pequeno porte e sua inserção no SUS. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2007;12(4):915-928.

ANEXOS

Anexo 1:

11 de Setembro

NARRAÇÃO	IMAGEM
<i>“Pra crianças ate 2 anos tem vacina de graça na Rede Pública.”</i>	CRIANÇA SENDO VACINADA EM UM POSTO DE SAÚDE
<i>“As primeiras 3 doses no menor de 1 ano de idade e uma dose de reforço com 1 ano e 3 meses.”</i>	DIR. IMUNIZAÇÃO SEC. DE SAUDE – SP PRESTA DEPOIMENTO EM EQUIPAMENTO DE SAÚDE
<i>“Apesar do choro de Paola, a vacina é mais do que recomendada.”</i>	CRIANÇA DEITADA NA MACA SENDO VACINADA POR ENFERMEIRA. AMBIENTE LIMPO AGRADÁVEL. MÃE MULATA SEGURA A FILHA QUE CHORA.

Anexo 2:

15 de Junho

NARRAÇÃO	IMAGEM
<i>“A prefeitura de Blumenau e de outros 13 municípios do vale do Itajaí, região que concentra mais da metade dos casos da doença em Santa Catarina pediram 500 mil doses da vacina. O ministério da saúde negou o pedido.”</i>	IMAGEM DE PESSOAS EM UNIDADES DE SAUDE BEM ORGANIZADAS LIMPAS ATENDENTES DE BRANCO MOVEIS BRANCOS SALA DE ESPERA AMPLA IMAGEM CARTAZ ESCRITO A MÃO: A VACINA DA GRIPE ENCERROU
<i>“O Ministério da Saúde enviou especialistas ao estado. Neste encontro hoje a tarde em Blumenau foi definida a estratégia para conter o avanço da gripe A. A vacinação em massa foi descartada.”</i>	FACHADA DE EMERGÊNCIA, MULHER DA PALESTRA, PLATÉIA DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE, ADULTOS E CRIANÇAS SENTADOS EM SALA DE ESPERA

Anexo 3:

10 de Julho

NARRAÇÃO	IMAGEM
<i>“O governo gaúcho recebeu hoje 200 mil novas doses de vacinas. Nos postos</i>	REPORTER DENTRO DE UBS PESSOAS SENDO VACINADAS POR

<i>de saúde a procura é grande, mas aqui a vacinação é apenas para os grupos de risco.”</i>	ENFERMEIRAS UNIFORMIZADAS
---	---------------------------

17 de Julho

NARRAÇÃO	IMAGEM
<i>“A campanha começou em maio para os grupos de risco com gestantes crianças pequenas e idosos. Para a Secretaria de Saúde do Rio Grande do Sul mais pessoas deveriam ser imunizadas.”</i>	SALA DE VACINA COM MULHER E UMA CRIANÇA SENDO VACINADAS. SENHOR SENDO ATENDIDO. TELA DE MONITOR COM IMAGEM DE EXAME

Anexo 4:

31 de Maio

NARRAÇÃO	IMAGEM
<i>“No dia mundial sem tabaco este Posto de Saúde do Rio checava o nível de monóxido de carbono no pulmão.”</i>	IMAGENS DA AÇÃO: MESAS COM PROFISSIONAIS DE SAÚDE ATENDENDO USUÁRIOS , CARTAZES EXPLICATIVOS, USUÁRIA USA APARELHO PARA AFERIÇÃO DA RESPIRAÇÃO.
<i>“Seu José já teve 3 infartos por causa do cigarro.”</i>	USUÁRIO FAZ TESTE.
<i>“Três e vinte e seis! Fumante Pesado! Eu vou tentar parar. Eu vou conseguir!”</i>	DEPOIMENTO DO USUÁRIO

Anexo 5:

1 de Março

NARRAÇÃO	IMAGEM
<i>“É a primeira vez que a Saúde Pública passa a ter nota. São 24 indicadores como por exemplo a cobertura da população pelas equipes básicas de saúde, a proporção de partos normais, a taxa de mortalidade das pessoas que chegam aos hospitais com infarto.”</i>	GRANDES CORREDORES DE HOSPITAIS . LETREIRO: <ul style="list-style-type: none"> • ÍNDICE DE DESEMPENHO DO SUS • COBERTURA DA POPULAÇÃO PELAS EQUIPES BÁSICAS DE SAÚDE • A PROPORÇÃO DE PARTOS NORMAIS • TAXA DE MORTALIDADE

	DAS PESSOAS QUE CHEGAM AOS HOSPITAIS COM INFARTO
<i>“Com esses dados o governo fez um indicador que mede o acesso da população a todo tipo de serviço e a eficiência da saúde no Brasil. De 0 a 10 a nota nacional foi 5,4”</i>	IMAGEM DE PÚBLICO EM CADEIRAS DE ESPERA, FILA EM PÉ

Anexo 6:

20 de Janeiro

NARRAÇÃO	IMAGEM
<i>“De acordo com o Ministério da Saúde os casos são investigados desde dezembro do ano passado, nos primeiros 18 dias de janeiro foram notificados pelas Equipes de Saúde Indígena 70 casos de crianças com a doença em comunidades do município de Santa Rosa do Purus por enquanto as causas ainda não foram identificadas.”</i>	REPORTER FALA EM UMA MATA LETREIRO: RIO BRANCO
<i>“Os médicos que atendem as crianças índias acreditam que se trata dum Rotavirus comum nesse período do ano mas que segundo eles pode ser perigoso quando aparece em aldeias indígenas.”</i>	IMAGEM MÉDICA COM COMPUTADOR ESTETOSCÓPIO

Anexo 7:

1 de Junho

NARRAÇÃO	IMAGEM
<i>“O impacto na saúde foi imediato: em 2008 as Unidades Básicas de Saúde da Vila Marielza registraram 43 casos de doenças ligadas a falta de saneamento. Depois disso o número de casos despencou!”</i>	QUINTAIS DE CASAS DE POPULAÇÃO DE BAIXA RENDA LETREIRO: 2008 43 CASOS 2011 22 CASOS
<i>“Meus filhos têm sensibilidade de dar infecção na pele, micose, essas coisas.”</i>	DEPOIMENTO DE MORADORA NO QUINTAL DA SUA CASA.

Sempre eu tava levando ao médico e hoje não tem mais!”

Anexo 8:

11 de Setembro

NARRAÇÃO	IMAGEM
<i>“A secura concentra a poluição, entope as vias respiratórias e provoca lesões que abrem caminho pra bactérias e vírus. Aumenta em até 30% os casos de pneumonia nos hospitais.”</i>	ESCAPAMENTOS DE ÔNIBUS. MÉDICOS SOCORREM PESSOA EM MACA. CORREDOR DE HOSPITAL.
<i>“Pra crianças até 2 anos tem vacina de graça na rede pública!”</i>	CRIANÇA SENDO VACINADA.

24 de Maio

NARRAÇÃO	IMAGEM
<i>“A vacina protege contra três tipos de gripe que mais circularam no país no ano passado e é oferecida de graça durante a campanha para grupos de pessoas que podem ter complicações graves se ficarem gripadas.”</i>	REPORTER DENTRO DE UM POSTO DE SAÚDE. MULHER SENDO VACINADA AO FUNDO E UM IDOSO EM PRIMEIRO PLANO

16 de Janeiro

NARRAÇÃO	IMAGEM
<i>“Como existe um fluxo muito grande de viajantes, as pessoas que vão podem ser contaminadas com o vírus e trazer de volta pro sarampo.”</i>	DIRETOR DA ANVISA PRESTA DEPOIMENTO
<i>“A vacina é gratuita nos postos de saúde, deve ser tomada até 15 dias antes da viagem.”</i>	POSTO DE SAÚDE ENSOLARADO COM PALMEIRAS

Anexo 9:

11 de Janeiro

NARRAÇÃO	IMAGEM
<i>“As mulheres que estiverem com essas próteses rompidas poderão fazer a substituição de graça pelo SUS ou pelo Plano de Saúde. A decisão vale para</i>	IMAGEM GRÁFICA DE CORPO HUMANO FEMININO LETREIRO: MEDIDAS ANVISA.

<i>mulheres que colocaram próteses por motivo de saúde ou estético e também para quem fez o implante na rede privada.”</i>	TEXTO COM AS MEDIDAS ANUNCIADAS.
--	----------------------------------

Anexo 10:

11 de Outubro

NARRAÇÃO	IMAGEM
<i>“O aumento no número de adolescentes com obesidade mórbida no Brasil levou o Ministério da Saúde reduzir pra 16 anos a idade mínima pra cirurgia de redução de estômago pelo SUS.”</i>	APRESENTADOR WILLIAM BONNER
<i>“O coração acelerava muito, acelerava e eu não conseguia falar nada”</i>	MULHER COM OBESIDADE PRESTA DEPOIMENTO
<i>“A dona de casa pretende fazer a cirurgia de redução de estômago pelo Sistema Único de Saúde.”</i>	MULHER EM REUNIÃO DE GRUPO DE OBESIDADE DO SUS
<i>“Agora o Ministério da Saúde pretende reduzir a idade mínima para a cirurgia nos Hospitais Públicos de 18 pra 16 anos.”</i>	PESSOAS COM SOBREPESO ANDANDO NAS RUAS
<i>“O presidente da Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica aprova a medida, mas diz que isso vai aumentar as filas de espera.”</i>	MÉDICO DIGITA NO SEU NOTEBOOK À MESA DO ESCRITÓRIO
<i>“Varia de Estado pra Estado, vai de 4 a 12 anos, então é muito tempo!”</i>	PRESIDENTE DA SOCIEDADE PRESTA DEPOIMENTO

Anexo 11:

11 de Janeiro

NARRAÇÃO	IMAGEM
<i>“Nos EUA uma pesquisa detalhada pôs em dúvida a eficácia de produtos que são muito usados por quem tenta largar o cigarro”</i>	REPORTER
<i>“O estudo mostra que no longo prazo os adesivos e gomas de mascar de nicotina muitas vezes não impedem que as pessoas voltem a fumar depois que tentam se livrar do vício.”</i>	IMAGEM DE FUMANTE. USUÁRIO APLICA ADESIVO NA PELE. PROPAGANDA DE GOMA AMERICANA.
<i>“No Brasil desde de 2005 o Sistema Único de Saúde, o SUS, oferece ajuda</i>	REPORTER

<i>gratuita para quem quer parar de fumar, o tratamento inclui adesivos e pastilhas de nicotina”</i>	
--	--

Anexo 12:

9 de Novembro

NARRAÇÃO	IMAGEM
<i>“Remédios gratuitos ou com subsídios também estão disponíveis no programa Farmácia Popular.”</i>	CARTAZ FARMÁCIA POPULAR: GRÁTIS MEDICAMENTOS PARA DIABETES, HIPERTENSÃO E AGORA ASMA.

Anexo 13:

26 de Abril

NARRAÇÃO	IMAGEM
<i>“Uma investigação foi aberta aqui pelo Ministério Público. O promotor pretende ingressar com uma ação na Justiça para cobrar o ressarcimento do dinheiro que foi gasto na compra dos remédios.”</i>	REPORTER FRENTE A UM PREDIO INSTITUCIONAL
<i>“O dinheiro público acabou por ser jogado na lata de lixo! Então os gestores tem sim que ter responsabilidade por aquilo que eles compram”</i>	PROMOTOR PRESTA DEPOIMENTO

Anexo 14:

28 de Março

NARRADOR	IMAGEM
<i>“Os médicos anunciaram que depois de 5 meses de tratamento, o tumor na laringe do ex-presidente Lula desapareceu. Mais do que desejado foi um resultado previsto pelos médicos: hoje, uma ressonância magnética e uma laringoscopia revelaram que, de fato, o câncer na laringe, que tinha 3 centímetros, desapareceu.”</i>	COMPUTAÇÃO GRÁFICA DE CORPO HUMANO: LARINGE COM EFEITOS DE LUZES

16 de Abril

NARRADOR	IMAGEM
----------	--------

<p><i>“No hospital Sírio-Libanês em São Paulo o ex-presidente Luís Inácio Lula Da Silva visitou hoje o presidente do senado e também ex-presidente da República Jose Sarney. O senador foi submetido ao cateterismo e a uma angioplastia com a colocação de um stent no coração”</i></p>	<p>LULA AO LADO DE SARNEY EM LEITO HOSPITALAR CERCADO DE EQUIPAMENTOS</p>
--	---

26 de Abril

NARRADOR	IMAGEM
<p><i>“Em coma induzido e respirando por aparelhos o filho do cantor Leonardo foi levado direto para a UTI... Ele já passou por uma série de exames cardiológicos e agora a noite vai ser submetido a exames neurológicos principalmente para que os médicos saibam como esta o fluxo sanguíneo no cérebro.”</i></p>	<p>MACA RETIRADA DA AMBULÂNCIA CERCADA DE MÉDICOS E APARELHOS É LEVADA PARA DENTRO DO HOSPITAL</p>

14 de Junho

*“O senador **Jarbas Vasconcelos** foi operado hoje em São Paulo para **desobstruir artérias do coração.** Ele recebeu **2 pontes mamárias e 2 de safena** durante uma cirurgia de 5 horas no Hospital Sírio-Libanês.”*

Anexo 15:

3 de Julho

NARRADOR	IMAGEM
<p><i>“Médicos do Hospital das Clínicas de São Paulo anunciaram o sucesso de um transplante que devolveu a saúde a um brasileirinho de dois meses do interior paulista o mais jovem a receber um fígado em nosso país... Por ser de uma criança maior, o fígado que o bebê recebeu teve que ser reduzido em um terço. A equipe do Hospital das Clínicas de São Paulo é formada por 5 cirurgiões e 3 anestesiastas, levou 10 horas para realizar a cirurgia e os sinais de melhora foram imediatos.”</i></p>	<p>IMAGEM DO BEBÊ SORRINDO</p>

10 de Agosto

NARRADOR	IMAGEM
<i>“Na Santa Casa de Porto Alegre foram realizados 7 transplantes de rins em menos de 2 dias... o numero de doações aumentou de surpresa e os médicos agiram com rapidez todos foram operados em menos de 2 dias. O trabalho envolveu mais de 100 profissionais de saúde da Santa Casa, entre uma cirurgia e outra, descanso de apenas 4 horas.”</i>	IMAGEM DO CENTRO CIRURGICO DURANTE A CIRURGIA

Anexo 16:

28 de Março

NARRADOR	IMAGEM
<i>“Assim que recebeu a notícia do Doutor C. Fo. coordenador da equipe médica, o ex-presidente chorou... depois de deixar o hospital, Lula gravou um agradecimento, ele se dirigiu especialmente aos médicos e funcionários do hospital e à família.”</i>	IMAGEM DO EX PRESIDENTE LULA FALANDO AGRADECIDO

10 de Agosto

NARRADOR	IMAGEM
<i>“As famílias assim com grande generosidade entenderam que poderiam auxiliar outras crianças, estão sentindo aquela morte, ... foram 4 crianças que doaram, então foram 8 rins”</i>	MÉDICA PRESTA DEPOIMENTO
<i>“As cirurgias beneficiaram 3 meninos e 4 meninas do Rio Grande do Sul, Santa Catarina, Rondônia e de Brasília Era o fim de uma batalha: há um ano os rins do menino não funcionavam mais.”</i>	CRIANÇA ALEGRE NO LEITO AO LADO DA MÃE
<i>“um pouco era susto, outro pouco era felicidade, medo, mas depois que eu fiz, medo não tem mais, só alegria agora.”</i>	CRIANÇA OPERADA PRESTA DEPOIMENTO

Anexo 17:

1 de Maio

NARRADOR	IMAGEM
<i>“pacientes que procuram atendimento nos dois maiores hospitais públicos de Natal encontram corredores superlotados e muita sujeira”</i>	MUITOS PACIENTES E ACOMPANHANTES AMONTOADOS, SOROS PENDURADOS, CABEÇA ENFAIXADA
<i>“o lixo acumulado há cerca de 2 semanas fica bem ao lado do prédio da nutrição: é lá que os funcionários fazem as refeições e de onde saem as refeições para os pacientes”</i>	NA PAREDE AO LADO DE CONTEINER LÊ-SE: <i>LIXO INFECTANTE</i> PILHA DE SACOS DE LIXO JOGADOS AMONTOADOS
<i>“pelos corredores equipamentos encostados sem uso, mofo provocado pela infiltração, ferrugem e moscas em meio a muitos pacientes”</i>	EQUIPAMENTO COM FIOS SOLTOS, TETO MOFADO, CORREDOR LOTADO, PACIENTES SENTADOS COM PAPEIS NA MÃO E COM SORO
<i>“Além da superlotação, da falta de condição de espaço físico, o hospital está totalmente desabastecido”</i>	MÉDICO PRESTA DEPOIMENTO NUM CORREDOR LOTADO DE PACIENTES
<i>“por trás das cortinas funciona uma UTI improvisada”</i>	PACIENTES COM USO DE MASCARAS E APARELHOS CUIDADOS POR FAMILIARES E ENFERMEIRA
<i>“acaba que a gente fica com pacientes graves, não tem leitos de UTI em que eles possam ser internados, realmente aqui não é o local adequado para esses pacientes”</i>	MÉDICA PRESTA DEPOIMENTO EM FRENTE À “UTI IMPROVISADA”

2 de Julho

NARRAÇÃO	IMAGEM
<i>“as vezes falta esparadrapo, as vezes falta álcool para higienização”</i>	MÃES APREENSIVAS NA PORTA DA MATERNIDADE
<i>“estou bastante preocupada, se não acrescentar médicos, funcionários, aparelhos”</i>	MULHERES INTERNADAS DÃO DEPOIMENTOS
<i>“só no mês de junho a unidade registrou a morte de 16 recém nascidos”</i>	CORREDORES, ENFERMARIAS LOTADAS

Anexo 18:

11 de Outubro

NARRADOR	IMAGEM
<i>“O Hospital das Clínicas do Recife, é</i>	SAGUÃO DO HOSPITAL COM

<i>conveniado ao SUS o Sistema Único de Saúde. Por dia, 2000 pessoas circulam pelo hospital. Dos 18 elevadores do prédio só 3 funcionam”</i>	USUÁRIOS HALL DOS ELEVADORES
<i>“obrigando os funcionários e acompanhantes a usar as escadas: o problema é que são 11 andares”</i>	IMAGEM MULHER GRAVIDA SUBINDO ESCADAS
<i>“flagramos uma situação dramática: uma criança com as duas pernas engessadas precisou ser carregada nos braços porque a maca não entrava no elevador”</i>	CRIANÇA DE 10 ANOS SENDO REMOVIDA DE UM CARRO, HOMEM CARREGA CRIANÇA PELO HOSPITAL
<i>“Os elevadores que funcionam levam junto pacientes, roupa suja e comida”</i>	ELEVADOR ABARROTADO
<i>“a gente está com paciente sem realizar exames de imagem, tomografias, procedimentos cirúrgicos, devido essa falta de elevadores”</i>	MÉDICO PRESTA DEPOIMENTO
<i>“A direção suspendeu as cirurgias programadas e a internação de grávidas de alto risco”</i>	

Anexo 19:

23 de Novembro

NARRAÇÃO	IMAGEM
<i>“Dona Lúcia veio do interior de Goiás para Brasília fazer o tratamento contra o câncer de mama e não consegue marcar uma tomografia na Rede Pública.”</i>	ROSTO DE MULHER NEGRA DE MEIA IDADE ELA MANIPULA REMÉDIOS SOBRE A CAMA
<i>“O tratamento está sendo prejudicado por essa tomografia que nunca saiu.”</i>	MULHER PRESTA DEPOIMENTO
<i>“O caso de Dona Lúcia ilustra as dificuldades dos pacientes mais pobres que dependem do Sistema Único de Saúde para se tratar.”</i>	MULHER SENTADA NO SOFÁ, ENXUGA LÁGRIMAS DO ROSTO, MEXE NOS REMÉDIOS

Anexo 20:

12 de Janeiro

“Uma brasileira de 19 anos que deu a luz a gêmeos no estado de Tocantins está enfrentando as consequências dramáticas das deficiências da infraestrutura do Sistema Público De Saúde: são dois meninos de dois dias de vida que nasceram num hospital público do interior do Tocantins em Guaraí. Os dois meninos precisam ser

transferidos para uma UTI neonatal e todas as UTIs neonatal do Tocantins estão ocupadas neste momento.”

Anexo 21:

31 de Maio

NARRADOR	IMAGEM
<i>“Num hospital público em Belém, a família de um paciente registrou uma cena absurda! Nestas imagens feitas com celular, pacientes aparecem no corredor do Hospital Estadual Loyola e ali mesmo no corredor os pacientes fazem as sessões de quimioterapia”</i>	LUGAR ESCURO DECAÍDO PESSOAS COM SORO SENTADAS EM RODA
<i>“a gente tem que ficar subindo e descendo chamando a enfermeira, a gente pensa que os enfermeiros aqui da triagem vão pelo menos olhar o soro, verificar, dar suporte, mas eles não vem aqui não”</i>	PACIENTE PRESTA DEPOIMENTO

11 de Dezembro

NARRADOR	IMAGEM
<i>“No principal hospital de Porto Velho o calor e o mal cheiro torna o ar pesado”</i>	PACIENTES DEITADOS NO CHÃO NOS CORREDORES, EM MACAS, ACOMPANHANTE ABANA PACIENTE COM PAPELÃO
<i>“mas o pior é o que se vê: uma situação degradante para todos”</i>	PACIENTES NO CHÃO USAM SACOLA COMO TRAVESSEIRO

Anexo 22:

24 de Outubro

NARRAÇÃO	IMAGEM
<i>“Na frente do maior hospital publico de Sergipe um pai inconformado: a filha de 10 anos foi internada após um atropelamento, esperou 5 dias para ser operada e acabou tendo a perna esquerda amputada”</i>	PAI AO LADO DA FILHA COM PERNA AMPUTADA DIANTE DO HOSPITAL
<i>“Segundo os médicos pra atender a demanda é preciso ter uma equipe de 5 ortopedistas na escala de plantão, mas hoje o hospital conta apenas com 3 para atender a todos os casos. Na última</i>	PACIENTE COM PÉ ENFAIXADO PULA SOBRE UMA PÉ AMPARADO POR FAMILIARES PESSOAS SENTADAS NOS BANCOS, CHINELO HAVAIANA, NA MÃO

<i>semana 7 médicos pediram demissão.”</i>	SACO PLÁSTICO COM PAPÉIS
--	--------------------------

2 de Julho

NARRAÇÃO	IMAGEM
<i>“Na frente do maior hospital publico de Sergipe um pai inconformado: a filha de 10 anos foi internada após um atropelamento, esperou 5 dias para ser operada e acabou tendo a perna esquerda amputada”</i>	PAI AO LADO DA FILHA COM PERNA AMPUTADA DIANTE DO HOSPITAL
<i>“Segundo os médicos pra atender a demanda é preciso ter uma equipe de 5 ortopedistas na escala de plantão, mas hoje o hospital conta apenas com 3 para atender a todos os casos. Na última semana 7 médicos pediram demissão.”</i>	PACIENTE COM PÉ ENFAIXADO PULA SOBRE UMA PÉ AMPARADO POR FAMILIARES PESSOAS SENTADAS NOS BANCOS, CHINELO HAVAIANA, NA MÃO SACO PLÁSTICO COM PAPÉIS

Anexo 23:

10 de Dezembro

NARRAÇÃO	IMAGEM
<i>“temos no país 371 mil médicos e o problema segundo a categoria não é a falta, mas a má distribuição deles”</i>	MÉDICOS EM CENTROS CIRURGICOS E EM REUNIÕES CLÍNICAS
<i>“veja que na região sul e sudeste temos cerca de 70% dos médicos do país e na região norte o menor numero de médicos e assim mesmo a grande maioria concentrada nas capitais”</i>	PRESIDENTE DO CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA PRESTA DEPOIMENTO

Anexo 24:

11 de Dezembro

NARRAÇÃO	IMAGEM
<i>“A precariedade não é apenas dos hospitais. Na UNIR, escola pública de medicina, professores chegam a doar livros para a biblioteca, e o único cadáver já não tem condições para os estudos.”</i>	ENTRADA HOSPITAL ESTADUAL JOÃO PAULO II UNIVERSIDADE ESTADUAL DE RONDÔNIA
<i>“Inclusive tava até nascendo uma planta dentro do cadáver”</i>	ALUNO
<i>“O Ministério precisa vir aqui precisa ver como é que está, e as instituições tem</i>	PROFESSOR PRESTA DEPOIMENTO IMAGEM DE PESSOAS EM

<i>que ter mais responsabilidade com os alunos que estão formando. Saúde não é brincadeira, saúde é vida!”</i>	CONDIÇÕES PRECÁRIAS	HOSPITALARES
--	------------------------	--------------

Anexo 25:

2 de Fevereiro

NARRAÇÃO	IMAGEM
<i>A Polícia de São Paulo prendeu 12 suspeitos de roubar e revender remédios que deveriam ser distribuídos na Rede Pública de Saúde. Um lote de remédios foi desviado ontem deste hospital particular que mantém convênio com o Sistema Único de Saúde.</i>	TOTEM DO HOSPITAL ENTRADA DO HOSPITAL DETALHE DO NOME DO HOSPITAL
<i>Segundo a investigação também houve desvio neste hospital público.</i>	IMAGEM EXTERNA DO HOSPITAL

15 de Junho

NARRAÇÃO	IMAGEM
<i>“O Ministério Público Federal investiga a suspeita de que médicos do SUS estariam usando hospitais federais do Rio de Janeiro como clínicas de estética”</i>	FACHADA DE GRANDE HOSPITAL MODERNO
<i>“em hospitais públicos federais médicos estariam cobrando para fazer cirurgias e procedimentos particulares”</i>	

1 de Dezembro

NARRAÇÃO	IMAGEM
<i>“A Polícia da Bahia tenta descobrir a causa de uma morte misteriosa no Hospital das Clínicas da Universidade Federal em Salvador”</i>	APRESENTADORA
<i>“O corpo foi encontrado numa galeria no subsolo do hospital”</i>	FOTOS DE UMA MULHER NEGRA FACHADA E ENTRADA DO HOSPITAL

Anexo 26:

1 de Março

NARRAÇÃO	IMAGEM
----------	--------

<i>“A maior nota entre as cidades desse mesmo grupo é a de Vitória 7,0”</i>	FACHADA DE HOSPITAL NOVO LIMPO COM JARDIM
<i>“lá o atendimento dos casos mais complexos é considerado muito bom pelo Ministério. Dona Teresa faz tratamento de câncer no pâncreas descoberto no ano passado”</i>	IMAGEM DE PACIENTE EM EQUIPAMENTO ULTRAMODERNO DE RADIOTERAPIA
<i>“Muito bem atendida! Sinceramente, desde os médicos, a rádio, a química. Eu estou surpresa!”</i>	PACIENTE PRESTA DEPOIMENTO NO SAGUÃO DO HOSPITAL, BONITO COM QUADROS NA PAREDE

Anexo 27:

6 de Janeiro

*“As mulheres que apresentaram problemas com essas próteses podem procurar a Rede Pública de Saúde: se houver necessidade, **a substituição será feita de graça pelo SUS, mas só tem direito quem fez o implante porque teve problemas de saúde, como câncer de mama por exemplo.** Segundo Ministério da Saúde essa orientação vale para qualquer outra marca de prótese”*

Anexo 28:

11 de Janeiro

*“As mulheres que estiverem com essas próteses rompidas poderão fazer a substituição de graça pelo SUS ou pelo Plano de Saúde. **A decisão vale para mulheres que colocaram próteses por motivo de saúde ou estético e também para quem fez o implante na rede privada.**”*

Anexo 29:

19 de Março

NARRAÇÃO	IMAGEM
<i>“Os pesquisadores já estão testando em humanos uma nova droga contra o câncer de ovário que no Brasil atinge 6 mil mulheres por ano.”</i>	IMAGEM DE PACIENTES COM SORO. LABORATÓRIOS. EQUIPAMENTOS. MÃOS COM LUVAS MANIPULANDO FRASCOS.

12 de Junho

NARRAÇÃO	IMAGEM
<i>“Uma doença que talvez seja das mais importantes do ponto de vista mundial: são 200 milhões de pessoas atingidas, aqui no Brasil nos temos 2 milhões e meio de pessoas com esquistossomose”</i>	PRESIDENTE DA FIOCRUZ PRESTA DEPOIMENTO

5 de Dezembro

NARRAÇÃO	IMAGEM
<i>“Uma das revistas científicas mais respeitadas do mundo publicou estudos importantes pro tratamento de doenças cardíacas. Elas matam 17 milhões pessoas por ano no mundo”</i>	APRESENTADOR WILLIAM BONNER

22 de Dezembro

NARRAÇÃO	IMAGEM
<i>“Por causa de uma doença na retina, Seu Luiz tem 5 % de visão. Há 26 anos ele tenta corrigir o problema com medicamentos e cirurgias, mas só consegue ler precariamente com a ajuda de lupas.”</i>	PESSOA COM DEFICIÊNCIA VISUAL AO COMPUTADOR
<i>“Pra Seu Luiz e outros 5 milhões e 300 mil brasileiros que sofrem de perda visual grave a esperança está na eletrônica.”</i>	APARELHO LEITOR PASSA SOBRE UMA BULA DE REMÉDIO E AMPLIA AS LETRAS NUMA TELA PORTÁTIL

Anexo 30:

17 de Abril

NARRAÇÃO	IMAGEM
<i>“Uma das publicações médicas mais importantes do mundo, a revista The Lancet, mostrou os resultados positivos de um tratamento inovador pra combater o câncer de próstata.”</i>	APRESENTADOR WILLIAM BONNER
<i>“Este homem teve dois tumores na próstata. O câncer foi curado e ele comemora.”</i>	HOMEM NO CORREDOR DE HOSPITAL. CONVERSA COM MÉDICO. MÉDICO MOSTRA UMA TELA COM GRÁFICOS.
<i>“Não fiquei impotente nem passei a sofrer de incontinência urinária, efeitos colaterais comuns depois da cirurgia tradicional.”</i>	PACIENTE PRESTA DEPOIMENTO

22 de Fevereiro

NARRAÇÃO	IMAGEM
<i>“Quem vê Kimberley não imagina que há dois anos ela escapou da morte. Aos</i>	MULHER FAZ EXERCÍCIOS EM UMA ACADEMIA

49 anos, de uma hora pra outra, a dona de casa passou a sentir muito cansaço, dores nas costas e na mandíbula.”	
“Eu nunca imaginei que estava tendo um ataque cardíaco!”	KIMBERLEY PRESTA DEPOIMENTO
“ Para a vítima do infarto a diferença entre a vida e a morte pode estar na rapidez do atendimento. ”	REPORTER
“Segundo estudo, a dor no peito, sintoma mais comum nos homens, faz com que eles sejam levados mais cedo para o hospital. Sem identificar os sinais claros do ataque cardíaco, as mulheres muitas vezes acabam procurando ajuda tarde demais. Por isso a taxa de mortalidade entre elas é maior.”	AMBULÂNCIAS AMERICANAS NAS RUAS E UMA CRUZ VERMELHA LETREIRO: MORTE POR INFARTO NO HOSPITAL MULHERES 14,6% HOMENS 10,3%

Anexo 31:

18 de Agosto

NARRAÇÃO	IMAGEM
“ ELA a Esclerose Lateral Amiotrófica é uma doença degenerativa que provoca a morte de neurônios e pouco a pouco paralisa os músculos ”	HOMEM COM ESCLEROSE LATERAL AMIOTRÓFICA EM SESSÃO DE FISIOTERAPIA

19 de Abril

NARRAÇÃO	IMAGEM
“ A paralisia cerebral em bebês é provocada muitas vezes pela falta de oxigenação no cérebro durante a gestação ou parto. Dependendo da área atingida, ela pode comprometer a coordenação motora, a fala, a visão e a audição. ”	MULHER GRÁVIDA SENDO EXAMINADA NUMA SALA DE ULTRASSONOGRAFIA. DETALHE DA BARRIGA SENDO EXAMINADA. IMAGEM DA TELA DO ULTRASOM COM BEBÊ SE MEXENDO. BEBÊ NO BERÇO SE MEXENDO.

2 de Fevereiro

NARRAÇÃO	IMAGEM
“ Eles já conheciam uma proteína chamada TAU que existe numa pequena área responsável pela memória mais recente. ”	IMAGEM GRÁFICA DE MOLÉCULA
“ Quando apresenta um defeito a proteína começa matar os neurônios dessa região do cérebro ”	IMAGEM GRÁFICA DE NEURÔNIO SENDO DESTRUÍDO

<i>“Testes indicam que ela se movimenta, viaja de neurônio para neurônio, como se fosse uma infecção.”</i>	IMAGENS GRÁFICAS DE RATO, CÉREBRO, PROTEÍNA E NEURÔNIOS SENDO DESTRUÍDOS
--	--

Anexo 32:

27 de Agosto

NARRAÇÃO	IMAGEM
<i>“Os cientistas desenvolveram um novo tratamento contra a metástase óssea, quando o câncer se espalha para o osso. Normalmente atinge pacientes que já tiveram tumores de mama ou de próstata.”</i>	IMAGEM GRÁFICA DE CORPO HUMANO MASCULINO E FEMININO EM NEGRO COM LUZES AZUIS LETREIRO: METÁSTASE ÓSSEA TUMORES DE MAMA OU DE PRÓSTATA

3 de Outubro

NARRAÇÃO	IMAGEM
<i>“Os pesquisadores estão otimistas porque testes de laboratório em células humanas com tumores de mama , pele e pâncreas já deram bons resultados.”</i>	CIENTISTA TRABALHA COM INSTRUMENTO DE PIPETAGEM SOFISTICADO . FRASCO DE CULTURA DE CELULAS EM MICROSCOPIO CIENTISTA OBSERVA EM MICROSCOPIO . CARRAPATOS EM PLACA DE VIDRO

10 de Dezembro

NARRAÇÃO	IMAGEM
<i>“Médicos de um hospital dos EUA divulgaram os resultados de um método revolucionário no combate à leucemia, um tipo de câncer que atinge o sangue, e entre os pacientes, está uma menina de 7 anos a primeira criança que conseguiu permanecer livre da doença!”</i>	CASAL AO LADO DO LEITO HOSPITAL COM UMA MENINA CARECA COM SONDAS NO NARIZ

Anexo 33:

5 de Setembro

NARRAÇÃO	IMAGEM
<i>“Foram 9 anos de pesquisa, quase 200 milhões de dólares investidos pelo governo americano para se chegar à mais detalhada análise do Genoma Humano, que contém as informações para a construção e funcionamento de nosso organismo. Cientistas de vários países descobriram que uma parte do</i>	MÃOS COM LUVAS MANIPULAM FRASCOS, PIPETAGEM, TUBOS DE ENSAIO, LENTE DE MICROSCOPIO, PESQUISADOR OBSERVA TELA DE MONITOR COM TIRAS DE GENOMA.DETALHES DE CÓDIGOS DO GENOMA NO MONITOR

<i>DNA, até aqui considerada descartável, tem papel vital no desenvolvimento de características das pessoas e algumas doenças.”</i>	
---	--

13 de Janeiro

NARRAÇÃO	IMAGEM
<i>“Os pesquisadores descobriram um novo hormônio que é liberado no nosso organismo quando fazemos atividades físicas. Batizado pelos cientistas de Irizina, ele acelera a queima de calorias e atua no nosso corpo queimando energia mesmo depois que o exercício foi concluído.”</i>	IMAGEM DE FÁRMACOS EM LABORATÓRIO

27 de Setembro

NARRAÇÃO	IMAGEM
<i>Cientistas de três universidades americanas desenvolveram um tipo de dispositivo eletrônico ultrafino, um chip que se dissolve depois de instalado.</i>	APRESENTADOR WILLIAM BONNER
<i>“A descoberta abre novas possibilidades em muitas áreas, na medicina por exemplo, chips poderão ser implantados para obter diagnósticos ou controlar a absorção de drogas e depois se dissolverão no corpo.”</i>	REPORTER FALA EM WASHINGTON

17 de Agosto

NARRAÇÃO	IMAGEM
<i>“Quase 46 milhões de brasileiros possuem algum tipo de deficiência e pra melhorar a qualidade de vida dessas pessoas os pesquisadores apresentaram as novidades do setor numa feira em São Paulo”</i>	APRESENTADORA PATRICIA POETA

Anexo 34:

5 de Dezembro

NARRAÇÃO	IMAGEM
<i>“Um grupo de pesquisadores da Universidade de Harvard descobriu que</i>	CENTRO CIRURGICO ULTRAMODERNO COM TELAS DE

<i>as células adultas do coração são capazes de gerar novas células cardíacas”</i>	IMAGEM E PACIENTE INSTALADO NUM GRANDE EQUIPAMENTO. EQUIPE MÉDICA EM CIRURGIA. IMAGEM GRAFICA DE CORAÇÃO E CÉLULAS
--	--

Anexo 35:

16 de Agosto

NARRAÇÃO	IMAGEM
<i>“Cientistas dos Estados Unidos, Canadá e Grã Bretanha anunciaram uma descoberta que poderá levar à fabricação da primeira pílula anticoncepcional pra homens”</i>	APRESENTADORA PATRICIA POETA
<i>“Os pesquisadores começaram procurando um remédio para o câncer e encontraram uma molécula a JQ1 que está sendo considerada uma promessa contra a leucemia e tumores no pulmão mas durante o estudo os cientistas perceberam que o composto poderia ter outro uso: a JQ1 reduziu drasticamente a produção de espermatozoide nos animais que se tornaram incapazes de se reproduzir”</i>	CIENTISTA NO LABORATÓRIO PEGA UM FRASCO, DETALHE DO RÓTULO. CIENTISTAS ENTRE APARELHOS. EQUIPAMENTOS MODERNOS. RATOS EM CUBAS DE VIDRO.

Anexo 36:

13 de Janeiro

NARRAÇÃO	IMAGEM
<i>“E ainda na área da medicina, cientistas de dois centros de pesquisa importantes dos Estados Unidos descobriram o motivo exato dos exercícios físicos fazerem bem a saúde.”</i>	APRESENTADORA PATRICIA POETA
<i>“Pelo em tese essa descoberta pode ajudar até quem é impossibilitado de se exercitar.”</i>	APRESENTADOR WILLIAM BONNER

Anexo 37:

3 de Outubro

NARRAÇÃO	IMAGEM
<i>“O bicho que se alimenta de sangue, e pode transmitir doenças graves, é estudado no mundo inteiro porque a saliva dele não deixa o sangue coagular. No Instituto Butantã os cientistas fizeram uma nova descoberta:</i>	CARRAPATOS EM LABORATÓRIO
<i>a partir da glândula que produz a saliva, eles desenvolveram em laboratório a Amblyomin-10, uma proteína que mata as células cancerígenas”</i>	MÃOS COM LUVAS MANIPULAM SUBSTÂNCIAS EM MICRO RECIPIENTES . CIENTISTAS TRABALHAM COM MICROPIPETAS.

Anexo 38:

20 de Abril

NARRAÇÃO	IMAGEM
<i>“A descoberta que os cientistas fizeram neste laboratório em Cambridge pode abrir caminho para o tratamento de doenças como leucemia, câncer de próstata e de mama bem como facilitar a pesquisa com células-tronco”</i>	REPÓRTER DENTRO DO LABORATÓRIO

Anexo 39:

20 de Janeiro

NARRAÇÃO	IMAGEM
<i>“A necrose de causa desconhecida que prejudicava tanto o joelho esquerdo de seu Antônio quanto o direito, desapareceu, o tecido morto se recuperou!”</i>	IMAGEM DE RADIOGRAFIAS DO FEMUR

16 de Maio

NARRAÇÃO	IMAGEM
<i>“Katie ficou tetraplégica depois de sofrer um derrame no cérebro, por causa disso também perdeu a fala, mas com a força do pensamento ela consegue controlar os movimentos desse braço mecânico.”</i>	PACIENTE SENTADA DIANTE DE UM BRAÇO FUTURISTA COM UMA MÃO METÁLICA QUE PEGA UM FRASCO E APROXIMA O CANUDO DA SUA BOCA

<i>“Para conseguir isso um sensor com micro eletrodos foi implantado na área do cérebro responsável pelos movimentos do corpo.”</i>	IMAGEM GRÁFICA DO CÉREBRO E CHIP IMPLANTADO
---	---

Anexo 40:

20 de Março

NARRAÇÃO	IMAGEM
<i>“A técnica conhecida como Estimulação Cerebral Profunda mudou a vida de Robert. Desde a cirurgia há 4 nos ele voltou a dirigir, a fazer ginástica e o mais importante: recuperou a memória.”</i>	ROBERT DIRIGINDO AUTOMÓVEL

19 de Novembro

NARRAÇÃO	IMAGEM
<i>“Esse cãozinho é um gigante da ciência, ele é mais um exemplo do imenso poder da medicina.”</i>	CÃOZINHO CAMINHA ALEGREMENTE NO GRAMADO ATRÁS DA DONA
<i>“Até 4 anos atrás o animal sofria de paralisia total nas pernas traseiras”</i>	CÃOZINHO EM ESTEIRA DE FISIOTERAPIA SUSPENSO POR UMA CINTA
<i>“Em um mês de tratamento Jasper já conseguia dar os primeiros passos”</i>	CÃOZINHO ANDA NA ESTEIRA DE FISIOTERAPIA SEM CINTA MOVIMENTANDO AS PERNAS TRASEIRAS

16 de Agosto

NARRAÇÃO	IMAGEM
<i>“Uma molécula, a JQ1, está sendo considerada uma promessa contra a leucemia e tumores no pulmão”</i>	CIENTISTA NO LABORATÓRIO PEGA UM FRASCO. DETALHE DO RÓTULO. CIENTISTAS ENTRE APARELHOS.

27 de Agosto

NARRAÇÃO	IMAGEM
<i>“Eles conseguiram transformar em nano partículas, remédios que agem emitindo baixas doses de radiação no tumor, que já são usados no tratamento do câncer.”</i>	IMAGENS PESQUISADORES EM LABORATÓRIO, DETALHES DE PIPETAGEM. VIDRO COM SOLUÇÃO EM MOVIMENTO. PARTÍCULAS

	AGITADAS EM SOLUÇÃO. IMAGEM DE PARTÍCULAS AZUIS LUMINOSAS
<i>“São uma das grandes esperanças da medicina pro tratamento do câncer, são remédios poderosos que prometem ser mais eficazes e trazer mais qualidade de vida aos pacientes.”</i>	REPORTER NO LABORATÓRIO

13 de Janeiro

NARRAÇÃO	IMAGEM
<i>“O remédio que ela toma age sobre uma proteína chamada MOR que é responsável pela divisão das células:</i>	PACIENTE SENDO EXAMINADA. DETALHES DE APARELHO ELETRÔNICO.
<i>inibindo essa proteína as células cancerígenas não se multiplicam.”</i>	IMAGEM GRÁFICA DE CÉLULA. CÉLULAS PULVERIZANDO.

Anexo 41:

4 de Junho

NARRAÇÃO	IMAGEM
<i>“Na reportagem de abertura desta edição, o Jornal Nacional traz uma luz para um numero enorme de famílias brasileiras que tem algum parente, algum amigo, tentando se livrar das drogas.”</i>	APRESENTADOR WILIAM BONNER
<i>“A pesquisa que você vai ver agora teve resultados importantíssimos no combate à dependência química da cocaína”</i>	APRESENTADORA PATRÍCIA POETA

20 de Abril

<i>“Aqui trabalha o bioquímico brasileiro responsável pela pesquisa que pode revolucionar os tratamentos baseados no conteúdo do DNA, o componente da célula que guarda todas as informações genéticas do organismo.”</i>	LABORATÓRIO REPLETO DE EQUIPAMENTOS. CIENTISTA E REPORTER CONVERSAM. CIENTISTA TRABALHA NA BANCADA COM APARELHOS TUBOS, FRASCOS MICROPIPETAS. MÃOS COM LUVAS INJETAM SOLUÇÃO NUM RECIPIENTE CIENTISTA OPERA MICROPIPETA
--	--

Anexo 42:

20 de Março

NARRAÇÃO	IMAGEM
<i>“Cientistas do Canada desenvolveram um método que apresentou resultados surpreendentes em pacientes com o Mal de Alzheimer”</i>	APRESENTADOR WILIAM BONNER

27 de Agosto

NARRAÇÃO	IMAGEM
<i>“Cientistas da Universidade Federal do Rio de Janeiro em parceria com diversas instituições de pesquisa estão desenvolvendo um tratamento novo contra um tipo grave de câncer”</i>	APRESENTADOR WILIAM BONNER

Anexo 43:

1 de Junho

NARRAÇÃO	IMAGEM
<i>“Para conseguir isso, os cientistas suíços injetaram remédios especiais nos nervos abaixo da sétima vertebra, a parte afetada da coluna. Depois dispararam impulsos elétricos pra estimular as fibras nervosas: os nervos cresceram e se reconectaram!”</i>	IMAGEM GRÁFICA DE RATO COM SISTEMA NERVOSO E MEDULA APARENTES ELETRODOS APLICADOS NOS NERVOS

4 de Junho

NARRAÇÃO	IMAGEM
<i>“A máquina gera um campo magnético no cérebro do dependente de cocaína. Ele ativa as áreas responsáveis pelo poder de decisão e pela sensação de saciedade que ficam comprometidas quando o dependente sente falta da droga”</i>	IMAGEM GRAFICA CORPO HUMANO CÉREBRO APARENTE RECEBE ONDAS DO EQUIPAMENTO PRÓXIMO AO CRÂNIO.

27 de Agosto

NARRAÇÃO	IMAGEM
<i>“Os nano-medicamentos são revestidos por uma cápsula. Nela os pesquisadores colocaram substancias para levar o remédio ate o tumor e sem se espalhar</i>	IMAGEM GRÁFICA DE CÁPSULA COM PARTÍCULAS DENTRO EM MOVIMENTO. IMAGEM GRÁFICA DE ESQUELETO

<i>pelo organismo!”</i>	HUMANO COMO UM RAIOS X TRIDIMENSIONAL EM MOVIMENTO
-------------------------	--

Anexo 44:

20 de Março

NARRAÇÃO	IMAGEM
<i>“Os resultados foram tão promissores que a agência que regulamenta alimentos e remédios aqui nos EUA, autorizou que outras 50 pessoas recebam o tratamento.”</i>	REPORTER

20 de Abril

NARRAÇÃO	IMAGEM
<i>“Isso será possível porque o DNA sintético, ao contrário do DNA natural, resiste às defesas do organismo, facilitando seu uso em terapias de longa duração.”</i>	REPORTER
<i>“O que nos fizemos foi desenvolver um novo atalho pra produção de drogas. É que as moléculas que nós podemos isolar já são protegidas, então elas já tem uma resistência maior dentro do corpo humano, e por isso tem maior potencial terapêutico.”</i>	CIENTISTA PRESTA DEPOIMENTO

1 de Junho

NARRAÇÃO	IMAGEM
<i>“O ator Christopher Reeve, que interpretou o Super-homem no cinema, e que ficou tetraplégico depois de cair de um cavalo, contribuiu para os estudos. Ele morreu em 2004 sem ver os resultados, mas milhares de outros deficientes contam com essa chance de recuperação.”</i>	ATOR CHRISTOPHER REEVE EM CADEIRA DE RODAS EM PUBLICO.
<i>“Matt Hedson, um ex-jogador inglês de Rugby, ficou tetraplégico depois de um acidente num treino. Pela internet ele disse que um sonho esta se tornando realidade.”</i>	HOMEM CADEIRANTE FAZ FISIOTERAPIA E DEPOIS PRESTA DEPOIMENTO.

4 de Junho

NARRAÇÃO	IMAGEM
<i>“O campo magnético faz com que o paciente volte a ter a capacidade de decidir em relação ao uso dele e escolher não usar”</i>	PESQUISADOR DO INST DE PSQUIATRIA USP PRESTA DEPOIMENTO
<i>“O estudo, primeiro no mundo de caráter científico a analisar os efeitos da Estimulação Magnética em dependentes de cocaína, foi bem recebido em congressos internacionais de psiquiatria. Em 80% dos pacientes houve redução da fissura, o desejo de usar a droga, e também do consumo de cocaína.”</i>	REPORTER NA SALA DE E.M.T.

27 de Agosto

NARRAÇÃO	IMAGEM
<i>“Em 4 anos os pesquisadores esperam testar a novidade em seres humanos”</i>	CIENTISTA EM LABORATÓRIO DE AVENTAL BRANCO OPERA UM EQUIPAMENTO. CIENTISTA OBSERVA UMA TELA COM PARTÍCULAS
<i>“Então ele volta a andar, ele volta a dirigir, ele volta a poder abraçar seu familiar e ele tem uma vida muito mais produtiva até o fim da sua vida.”</i>	COORDENADOR DA PESQUISA PRESTA DEPOIMENTO
<i>“A gente chama de individualização do tratamento, ou seja, você utilizar o tratamento certo, na dose certa, para o paciente correto. Isso, com certeza, é o futuro do tratamento do câncer.”</i>	COORDENADOR DE CLINICA INCA

Anexo 45:

17 de Abril

<i>“Um bastão externo dispara um poderoso ultrassom com precisão milimétrica atingindo apenas o tumor. Assim o canal onde passa a urina bem como os nervos vizinhos que garantem as funções sexuais do paciente ficam intactos.”</i>	IMAGEM GRAFICA DA PROSTATA BEXIGA BASTÃO RAIOS NERVOS
--	---

19 de Março

NARRAÇÃO	IMAGEM
----------	--------

<i>“A droga age assim: o anticorpo injetado na paciente tem como único alvo uma proteína que está na borda da célula com câncer.”</i>	IMAGEM GRÁFICA CORPO DE MULHER. OVÁRIOS, TROMPAS, ÚTERO, CANAL VAGINAL, CÉLULA E ANTICORPOS ATUANDO SOBRE AS CÉLULAS CANCERÍGENAS.
--	---

Anexo 46:

19 de Março

NARRAÇÃO	IMAGEM
<i>“Ao se juntar a essa proteína, a droga aciona o sistema de defesa do organismo que passa a produzir anticorpos em série para combater a doença. Sem esse processo o organismo não reconhece as células cancerígenas”</i>	IMAGEM GRÁFICA CÉLULAS E ANTICORPOS

20 de Março

<i>“Os médicos implantaram dois eletrodos na área do cérebro relacionada a memória e uma bateria igual ao marca-passo. A cada segundo a bateria envia mais de cem impulsos elétricos.”</i>	LABORATORIO COM EQUIPAMENTOS FUTURISTAS ONDE O PACIENTE ENTRA E É EXAMINADO. IMAGENS DIGITAIS DO CEREBRO. IMAGEM GRÁFICA DO CORPO HUMANO: BRILHO NA REGIÃO DA CABEÇA. BATERIA IMPLANTADA NO OMBRO. CORRENTE ELÉTRICA.
---	---

19 de Abril

NARRAÇÃO	IMAGEM
<i>“os cientistas injetaram, em coelhos recém-nascidos, moléculas chamadas dendrimeros. Elas funcionam como veículos capazes de atravessar as barreiras do cérebro e levar o remédio as células afetadas pela inflamação</i>	IMAGEM GRAFICA DE ÓRGÃO E DENDRIMÉROS

Anexo 47:

17 de Abril

NARRAÇÃO	IMAGEM
<i>“A University College London, um dos maiores centros de pesquisas médicas da Grã Bretanha, explicou que, como toda</i>	REPORTER DIANTE DO UNIVERSITY COLLEGE LONDON

<i>nova técnica, essa ainda devera passar por mais testes por isso só estará disponível nos hospitais daqui a 5 anos.</i>	
<i>“E essa técnica também está sendo testada com outros tipos de câncer como o de mama”</i>	WILLIAM BONNER

Anexo 48:

9 de Fevereiro

NARRAÇÃO	IMAGEM
<i>“A próxima etapa da pesquisa é o teste em humanos que deve começar logo, apesar de estarem animados os cientistas fazem questão de deixar claro que o Dexarotene ainda não pode ser usado para tratar o Mal de Alzheimer mas o caminho é realmente promissor”</i>	

7 de Maio

NARRAÇÃO	IMAGEM
<i>“O diabetes tipo 1 atinge principalmente crianças e jovens que se tornam dependentes da insulina a vida inteira pra controlar a doença. A expectativa desses pesquisadores é que no futuro a descoberta feita aqui nesse laboratório se torne o primeiro remédio capaz de prevenir a doença.”</i>	REPORTER NO LABORATÓRIO DA FIOCRUZ

Anexo 49:

2 de Fevereiro

NARRAÇÃO	IMAGEM
<i>“A indústria médica brasileira vai ser a primeira da América Latina a produzir um equipamento usado no mundo inteiro pra melhorar o funcionamento do coração.”</i>	APRESENTADORA PATRICIA POETA
<i>“Depois de 7 anos de pesquisa o Instituto do Coração em São Paulo desenvolveu um modelo mais barato de STENT. É um dispositivo que ajuda</i>	MÉDICOS COM UNIFORME CIRURGICO DIANTE DE MONITORES COM IMAGENS DO SISTEMA CIRCULATÓRIO.

<i>desobstruir as artérias e que é implantado.”</i>	DETALHE DE STENT.
---	-------------------

14 de Fevereiro

NARRAÇÃO	IMAGEM
<i>“O bebe foi gerado com a ajuda de um procedimento inédito no Brasil e que selecionou embriões com base em análise de DNA, e as células do cordão umbilical da criança vão ser usadas num futuro transplante.”</i>	SENTADOS NO SOFÁ DA SALA ESTÃO PAI, MÃE, FILHA DE 5 ANOS COM UM BEBÊ NO COLO

3 de Outubro

NARRAÇÃO	IMAGEM
<i>“Seria a primeira vez que o Brasil passaria a desenvolver uma molécula desde a sua descoberta até a produção industrial.”</i>	CIENTISTA PRESTA DEPOIMENTO NO LABORATÓRIO CENAS DE MICRO MANIPULAÇÃO

14 de Agosto

NARRAÇÃO	IMAGEM
<i>“Aqui no Brasil a cura pode vir dos dentes das crianças, o Instituto Butantã em São Paulo criou uma técnica inédita no mundo pra retirar células-tronco dos dentes-de-leite em grande quantidade.”</i>	APRESENTADOR WILLIAM BONNER

Anexo 50:

2 de Outubro

NARRAÇÃO	IMAGEM
<i>“Demora para agendar consultas, filas pra conseguir fazer simples exames, atrasos para marcar cirurgias: foi por falhas como essas que a Agencia Nacional de Saúde decidiu suspender a venda de 301 planos.”</i>	REPORTER EM BRASÍLIA
<i>“38 operadoras estão proibidas de vender os planos que estão na lista da ANS”</i>	DOCUMENTOS DA ANS COM OS NOMES DAS OPERADORAS

Anexo 51:

13 de Janeiro

NARRAÇÃO	IMAGEM
<i>“O ministério da saúde reafirmou hoje que a rede pública e os planos de saúde vão pagar cirurgias para troca de próteses de silicone da marcas PIP e Rofil que apresentarem problema. A cirurgia será feita de graça independente de se a prótese foi colocada por motivo de saúde ou em algum procedimento puramente estético.”</i>	APRESENTADOR WILLIAM BONNER

Anexo 52:

16 de Julho

NARRAÇÃO	IMAGEM
<i>“Para ficar satisfeito com a imagem no espelho: muito esforço e as vezes uma ajudinha a mais. Luís andou tomando umas capsulas para aumentar a disposição no treino.”</i>	JOVENS TREINANDO MUSCULAÇÃO EM ACADEMIA
<i>“O coração acelerado é um dos efeitos colaterais segundo médicos de certos produtos usados por quem pratica atividade física a ANVISA Agência Nacional de Vigilância Sanitária até proibiu no país uma substancia usada nesses produtos é o DMAA.”</i>	REPORTER EM UMA ACADEMIA

1 de Setembro

NARRAÇÃO	IMAGEM
<i>“Há quase um ano o governo aumentou as exigências para a venda de inibidores de apetite,”</i>	APRESENTADORA CARLA VILHENA
<i>“Mas eles continuam a ser comprados com facilidade e até recebidos em casa!”</i>	APRESENTADOR ALEXANDRE GARCIA

Anexo 53:

3 de Abril

NARRAÇÃO	IMAGEM
<i>“No Rio 3 mulheres foram internadas</i>	APRESENTADORA PATRICIA

<i>com lesões graves depois de terem recebido injeção de silicone durante tratamento estético.”</i>	POETA
---	-------

Anexo 54:

4 de Junho

NARRAÇÃO	IMAGEM
<i>“A exposição ao sol sem proteção pode provocar uma série de danos a saúde: os raios UV A e UV B causam queimaduras, vermelhidão, envelhecimento precoce e o mais grave: câncer de pele.”</i>	REPORTER EM AREA VERDE

Anexo 55:

16 de Janeiro

<i>“se antes as pessoas não gostavam muito, achavam feio, hoje quem usa fica até charmoso.”</i>	REPORTER NO CONSULTÓRIO MODERNO COM DESIGN ARROJADO
<i>“A internet anuncia aparelhos coloridos. Para este diretor da Associação Paulista de cirurgiões dentistas, virou moda.”</i>	BOCA COM APARELHOS COLORIDOS DENTISTA NO CONSULTÓRIO PRESTA DEPOIMENTO
<i>“o adolescente quer fazer uso do aparelho”</i>	DENTISTA NO CONSULTÓRIO PRESTA DEPOIMENTO

Anexo 56:

6 de Janeiro

NARRAÇÃO	IMAGEM
<i>“As mulheres que apresentaram problemas com essas próteses podem procurar a Rede Pública de Saúde. Se houver necessidade, a substituição será feita de graça pelo SUS, mas só tem direito quem fez o implante porque teve problemas de saúde como câncer de mama por exemplo.”</i>	REPORTER NO CORREDOR DA ANVISA

Anexo 57:

10 de Janeiro

NARRAÇÃO	IMAGEM
<i>“Hoje a ANVISA cancelou o registro de mais uma prótese: a da empresa holandesa Rofil permitida aqui no Brasil desde 2001. A ANVISA descobriu que o produto da Rofil também foi fabricado pela francesa PIP. A agência informou ainda que vai recolher as próteses da Rofil em todo país.”</i>	REPORTER EM AREA EXTERNA DE PRÉDIOS A NOITE

11 de Janeiro

NARRAÇÃO	IMAGEM
<i>“ANVISA vai fazer um rastreamento das próteses da marca francesa PIP e da holandesa Rofil.”</i>	MESA DE REUNIÃO BANDEIRA DO BRASIL COM 17 PESSOAS

18 de Janeiro

NARRAÇÃO	IMAGEM
<i>“A ANVISA vai fazer uma inspeção em 18 fábricas estrangeiras que vendem próteses para o Brasil, além disso a agência quer que todas as próteses sejam testadas para ter a qualidade comprovada, os testes serão obrigatórios a partir da 2a. quinzena de fevereiro.”</i>	ENTRADA ANVISA BRASILIA

15 de Março

NARRAÇÃO	IMAGEM
<i>Uma prótese de silicone pra ser vendida no Brasil vai ter que ter um outro atestado de qualidade: o selo do INMETRO”</i>	IMAGEM DE APARELHO DE TESTE. A PROTESE SOFRE UM CHOQUE NUMA CAMARA DE VIDRO. APARELHO REPUXA AS PROTESES
<i>“Para obter o selo do INMETRO vai ter que passar por todos esses ensaios mecânicos, biológicos e químicos, portanto vai se entender que é um produto seguro e que pode ser colocado no mercado”</i>	DIRETOR QUALIDADE DO INMETRO PRESTA DEPOIMENTO

Anexo 58:

14 de Setembro

NARRAÇÃO	IMAGEM
<i>“Gastos com saúde também subiram, a maioria é com remédio.”</i>	PLACA MEDICAMENTOS / FARMÁCIA / DRÁGEAS
<i>“Esse aqui é pro negocio do joelho lá, dos ossos. Esse aqui pra dor...”</i> <i>“Vai um dinheirão nisso.”</i> <i>“E como vai!”</i>	DEPOIMENTO DE CONSUMIDORES