

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
CENTRO DE PESQUISAS AGGEU MAGALHÃES
Especialização em Saúde Pública

Fabíola Tavares de oliveira

COMUNICAÇÃO E SAÚDE PÚBLICA:
O (DES)CONHECIMENTO DOS JORNALISTAS DA REGIÃO
METROPOLITANA DO RECIFE (PE) SOBRE
O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)

RECIFE

2011

Fabíola Tavares de Oliveira

**COMUNICAÇÃO E SAÚDE PÚBLICA:
O (DES)CONHECIMENTO DOS JORNALISTAS DA REGIÃO
METROPOLITANA DO RECIFE (PE) SOBRE O
SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)**

Monografia apresentada ao Curso de Especialização em Saúde Pública, Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, para obtenção do título de especialista em saúde pública.

Orientador: Prof. Dr. Antônio da Cruz Gouveia Mendes

**Recife
2011**

Catálogo na fonte: Biblioteca do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães

O482c Oliveira, Fabíola Tavares de.
Comunicação e saúde pública: O (des)conhecimento dos jornalistas da região metropolitana do Recife (PE) sobre o sistema único de saúde (SUS). / Fabíola Tavares de Oliveira. – Recife, 2011.
81 p. : tab.

Monografia (Especialização em saúde pública) - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, 2011.

Orientador: Antônio da Cruz Gouveia Mendes.

1. Comunicação em Saúde. 2. Jornalismo. 3. Sistema Único de Saúde. I. Mendes, Antônio da Cruz Gouveia. II. Título.

FABÍOLA TAVARES DE OLIVEIRA

**COMUNICAÇÃO E SAÚDE PÚBLICA:
O (DES)CONHECIMENTO DOS JORNALISTAS DA REGIÃO
METROPOLITANA DO RECIFE (PE) SOBRE O
SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)**

Monografia apresentada ao curso de Especialização em Saúde Pública, Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, para obtenção do título de especialista em saúde pública.

Aprovado em: ____/____/____

BANCA EXAMINADORA:

Drº Antônio da Cruz Gouveia Mendes
Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães/FIOCRUZ

Drº. José Luiz C. Araújo
Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães/FIOCRUZ

Para Sirley e Livia

AGRADECIMENTOS

A Deus, por tudo em minha vida e neste caso, em especial, por mim ajudar a conciliar as atividades de estudante com os papéis de dona de casa, mãe, esposa. Sem Ele e o apoio dos amigos espirituais não teria conseguido. Obrigada!

A Sirley e a Lívia, por entenderem as ausências nos momentos em família e pelo apoio. Vocês foram meu incentivo.

À minha mãe, pelo apoio incondicional.

À amiga e comadre Luzanira Rêgo, a “garimpeira de gente”, hoje habitante do plano espiritual, que me incentivou a fazer a especialização em saúde pública.

Ao meu orientador, Antônio Mendes (Toinho), pela dedicação, atenção e paciência. Valeu!

A Silvia Santos que contribuiu com sugestões para o trabalho, focando-se nas questões jornalísticas.

Aos colegas de profissão que dispuseram de seu tempo para me dar entrevistas para este estudo.

A Ana Roberta, pela tradução do resumo, e ao amigo Paulo Camelo, pela revisão ortográfica.

Aos amigos que sentiram minha ausência durante a elaboração desse trabalho, torceram e torcem por mim.

Aos amigos do trabalho que me deram apoio para conciliar as atividades de estudo com as atividades profissionais.

Aos meus colegas de turma por ter tido a oportunidade de aprender junto e com vocês.

Ao corpo de professores do curso, em especial àqueles que estiveram em sala de aula dispostos a ensinar, militando pelo SUS e por mudanças na vida da população brasileira.

*“As práticas da comunicação fazem com que política
deixe de ser projeto e possa ser apropriada pela
população a que se destina”*

Inesita Araújo

OLIVEIRA, Fabíola Tavares de. Comunicação e Saúde Pública: O (Des)Conhecimento de Jornalistas da Região Metropolitana do Recife (PE) sobre o Sistema Único de Saúde (SUS). Monografia (Especialização em Saúde Pública) - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2011.

RESUMO

Até a criação do SUS a saúde não era direito de todos os brasileiros. O Estado focava suas ações na promoção da saúde e prevenção de doenças. Na área de recuperação da saúde a assistência era restrita aos trabalhadores de carteira assinada. Embora hoje esse direito seja garantido a todos, passados quase 23 anos de seu surgimento a população ainda não se apoderou desse sistema. No campo da comunicação esse fato está relacionado a questões como a cobertura sensacionalista dada ao setor saúde; a atenção oferecida às falas de fontes institucionais em detrimento de falas dos movimentos sociais e a busca de prevalectimento de sentidos através de práticas discursivas no universo midiático. Nesta pesquisa, o objetivo principal foi avaliar o conhecimento dos jornalistas atuantes nos principais veículos de comunicação da Região Metropolitana de Recife (PE) sobre o SUS. Os resultados mostram, entre outros dados, que a definição mais frequente dada para saúde é o bem-estar físico, mental, social, resultante de condições sociais. Direito à saúde é ter acesso a serviços de saúde. As unidades assistenciais são as mais lembradas como instâncias que formam o SUS; a maioria não atribui às três esferas de gestão governamental a responsabilidade pelo sistema e o seu financiamento. Para eles esse sistema funciona mal e a qualidade da assistência é ruim, embora afirmem não fazer uso dele. Quase todos não souberam apontar os conselhos e as conferências de saúde como ferramentas de controle social; nenhum deles avaliou conhecer bem o sistema. Conclui-se que é superficial o conhecimento dos jornalistas sobre o SUS, prejudicando a divulgação feita sobre ele. Para realizar a avaliação foram entrevistados 18 jornalistas, escolhidos por sorteio, ligados a rádios, TVs e jornais, seguindo-se um roteiro padronizado. Para análise e sistematização dos dados foi usada a técnica de condensação de significados de Kvale, que implica no resumo das entrevistas a partir de extrato das falas dos entrevistados.

Palavras-chave: Comunicação em saúde, Jornalismo, Sistema Único de Saúde.

OLIVEIRA, Fabíola Tavares de. Communication And Public Health: The (Lack of) Knowledge of Journalists of the Metropolitan Region Recife (PE) on the Unified Health System (SUS). Monograph (Specialization in Public Health) - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2011.

ABSTRACT

Until Brazilian Unified Health System's (SUS) creation, health was not a right for all Brazilian citizens. The State focused its attention to health promotion and diseases prevention actions. In the area of health recovery, care was restricted to formal workers. Although presently this right has been guaranteed to all, nearly 23 years have passed and the population has not yet taken hold of this system. In the communications field this fact is related to the issue of sensationalist coverage of the health sector, the attention that has been given to institutional sources to the detriment of social movements; and the prevalence of the search for meaning through discursive practices in the media universe. In this research, the main objective was to evaluate the knowledge of journalists working in major media outlets in the Metropolitan Region of Recife (PE) on the SUS. The results show, among other data, the definition most often given for good health is physical, mental, social, resulting from social conditions. Right to health is access to health services. Care units are the most remembered as instances that make up the SUS, most do not attribute to the three spheres of government management the responsibility for the system and its financing. For them this system is malfunctions and quality of care is poor, though they claim not to use it. Almost all were unable to point out the health councils and conferences as formal tools of social control, none of them has evaluated knowing the system well. In conclusion the journalist's knowledge on SUS is superficial, harming its public divulgation. To accomplish the evaluation, 18 journalists connected to radios, TVs and newspapers were randomly selected and interviewed following a standardized checklist. The Kvale's meanings condensation technique was applied for data analysis and systematization; therefore, interviews were summarized, from the participants' speech extract from the conversations with the interviewees.

Key Words: Communication in Health, Journalism, Unit Health System.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
1.1 Evolução do Direito à Saúde	11
1.2 Comunicação e Saúde	15
2 OBJETIVOS	20
2.1 Geral	20
2.2 Específicos	20
3 METODOLOGIA	21
3.1 Estratégia do Estudo	21
3.2 População e Seleção dos Participantes	23
3.3 Aspectos Éticos	24
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO	25
4.1 Tema Saúde	25
4.1.1 Conceito de Saúde	25
4.1.2 Direito à Saúde	27
4.2 Tema SUS	31
4.2.1 Sistema Público de Saúde	31
4.2.2 Composição dos SUS	34
4.2.3 Responsáveis pelo SUS	39
4.2.4 Direito ao SUS	41
4.3 Tema Gestão	43
4.3.1 Financiamento da Saúde	43
4.3.2 Controle Social	47

4.4 Tema Assistência Prestada e Qualidade	53
4.4.1 Serviços SUS	53
4.4.2 Qualidade da assistência	55
4.5 Tema Divulgação e Conhecimento sobre o SUS	59
4.5.1 Conhecimento da população	59
4.5.2 Divulgação do SUS	62
4.5.3 Propostas de divulgação	65
4.5.4 Empoderamento do SUS	67
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	70
REFERÊNCIAS	73
Apêndice A – Questionário	79
Apêndice B – TCLE	80
Anexo A – Parecer do CEP/CPqAM	81

1 INTRODUÇÃO

1.1 Evolução do Direito à Saúde

Antes da promulgação do Sistema Único de Saúde (SUS), na Constituição Federal (CF) de 1988, a saúde não tinha caráter universal, pois não era direito de todos. Das primeiras décadas do século XX ao SUS, o Estado desenvolveu quase que exclusivamente ações de promoção da saúde e prevenção de doenças, com maior ênfase nas campanhas de vacinação e controle de endemias (SOUZA, 2002). Na área de recuperação da saúde, a assistência era restrita aos trabalhadores. Quem não tinha emprego sindicalizado ou carteira de trabalho dependia da assistência dos hospitais de caridade, como a Santa Casa de Misericórdia, curandeiros e parteiras. Os ricos procuravam os médicos particulares. No Brasil, a evolução do direito à saúde está relacionada à história das políticas de saúde, que sofreram influências do contexto político-social de cada época (SCHNEIDER et al; 2005, p. 7).

No início do século XX, as ações de atenção à saúde se davam por interesses mercantis. A economia do país dependia da agricultura, da exportação e importação agrícola. E o governo queria atrair para as lavouras brasileiras a mão de obra imigrante. Por essas razões, o Estado centrou ações de saúde nos portos e estradas. As regiões sem importância econômica não sofreram intervenções sanitárias. Nesse sentido, em 1902, foi lançado o Programa de Saneamento do Rio de Janeiro - cidade porta de entrada no país - e o Combate à Febre Amarela Urbana em São Paulo (FONTINELE JR., 2003). Para Luz (1981, p. 56), até 1920, o Brasil não possuía uma definição clara de política de saúde voltada para seus habitantes, por parte do Estado. Sobre essa questão ela comenta:

Verifica-se uma clara preocupação com uma ou outra enfermidade, principalmente, embora não exclusivamente, com aquelas que atingem a própria capital federal, do que são exemplos a febre amarela, a gripe espanhola no início do século e os surtos epidêmicos dos anos de 1928 e 1929, que mobilizaram os setores governamentais visando ao seu controle. Sintomática preocupação, esta que procura resguardar da doença a sede de poder do Estado.

Na década de 1920 é criada a Diretoria Geral de Saúde Pública, medida tida como a primeira em nível nacional para a criação do sistema de saúde pública. A diretoria foi organizada pelo médico sanitarista Oswaldo Cruz, que resolveu o problema sanitário implementando instituições públicas de higiene e saúde. Para combater as epidemias urbanas

e as endemias rurais, ele adotou o modelo das “campanhas sanitárias”, que se assemelhavam às campanhas militares por dividir as cidades em distritos, encarcerando os portadores de doenças contagiosas, e obrigando, pelo uso da força, a adoção de práticas sanitaristas. Essa situação levou à “Revolta da vacina”, no Rio de Janeiro, quando a população revoltou-se com a obrigatoriedade da vacina contra a varíola (SCLIAR apud FONTINELE JR., 2003).

Em 1923 são criadas as Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAP), que deram origem à previdência social. Essas caixas tinham por objetivo prestar assistência médica e fornecer medicamentos por preços menores do que o de mercado, além de aposentadorias e pensões. As CAPs eram organizadas por empresas, geridas por patrões e empregados e mantidas com contribuições fixas. Somente as empresas estratégicas para a economia nacional é que conseguiram fundar suas caixas. As empresas ferroviárias foram as primeiras a adotarem as caixas, seguidas pelas portuárias.

De acordo com Mercadante (2011, p.237),

havia grandes diferenças entre os planos de benefícios, porque inexistiam regras comuns de funcionamento técnico e administrativo. Cada órgão estabelecia seu regulamento, que refletia parcialmente os anseios de cada segmento da classe trabalhadora e dependia da capacidade de receita disponível por meio das contribuições.

Para Schneider et al (2005), embora a criação das CAPs tenha representado um avanço, pois estabeleceu uma política de garantia de ações de saúde e assistência, ajudou a consolidar o quadro no qual só tinha direito à saúde quem contribuísse financeiramente. Essa autora observa, ainda, que as caixas restringiram a atenção à saúde em ações médico-hospitalares.

Na década de 1930, as CAPs foram transformadas em Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs), unificando as diversas caixas de uma mesma categoria. Os IAPs deram ênfase à previdência social, mantendo a assistência médica num segundo plano e com restrições que variavam de um órgão para outro. Alguns investiam 33% dos recursos na assistência e outros destinavam menos de 10%. “No instituto dos marítimos (IAPM), o período de internação era limitado a trinta dias, e a despesa do Instituto com atenção médica não poderia ultrapassar 8% da receita do ano anterior” (MERCADANTE, 2011, p.238).

Enquanto a assistência médica evoluía restrita aos contribuintes da previdência social, no âmbito da saúde pública, em julho de 1942, surgia o Serviço Especial de Saúde Pública (SESP), considerado “a primeira mudança na cultura campanhista de atuação verticalizada do governo federal” (MERCADANTE, 2011, p.239). O SESP resultou de um acordo entre os

governos do Brasil e dos Estados Unidos e tinha por finalidade garantir condições sanitárias no Amazonas e no Vale do Rio Doce, visando a expansão de produção de matérias-primas, como a borracha e minérios, para serem usados pelos países democráticos na II Guerra Mundial.

Após a guerra, as atividades desse serviço foram modificadas, tornando-se ele um grande prestador de serviços de saúde nas regiões visadas pelos planos desenvolvimentistas do governo brasileiro. Desse modo, o modelo de atuação do SESP passou a se apoiar nas estratégias de qualificação dos trabalhadores da saúde, de educação sanitária e de construção de uma rede horizontal integrada e permanente de unidades de serviços de saúde, o que levou a expansão desse modelo aos demais departamentos estaduais de saúde (RENOVATO; BAGNATO, 2008).

Em 1966, os diversos IAPs são unificados no Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), centralizando a administração dos recursos e mantendo a lógica do direito apenas para o trabalhador com carteira assinada que contribuía. Nos dez primeiros anos do INPS – que foi criado com o objetivo de corrigir os inconvenientes da segmentação dos usuários e assim aumentar a eficiência do sistema – foram registrados alguns avanços e tentativas de racionalizar o sistema de saúde. A cobertura assistencial foi estendida à população rural, em regime diferenciado tanto em benefícios quanto na forma de contribuição. A assistência médico-hospitalar estava condicionada, a partir de 1971, à disponibilidade de recursos orçamentários. A gratuidade era total ou parcial segundo a renda familiar do trabalhador (MERCADANTE, 2011).

No governo de Costa e Silva, em 1968, o então ministro da saúde, Leonel Miranda, elaborou o Plano Nacional de Saúde (PNS), que se fez notar por algumas características, entre elas a universalização do acesso e a integração da assistência médica ao Ministério da Saúde e não mais ao Ministério do Trabalho e Previdência Social (MTPS). O plano também trazia pontos polêmicos como a privatização da rede pública e o direito de escolha do profissional e do hospital pelo paciente. A oposição de profissionais de saúde, sindicatos, governos estaduais às propostas inusitadas do PNS e a resistência implícita a perda de poder do MTPS para o Ministério da Saúde levaram ao cancelamento do plano (MERCADANTE, 2011).

De acordo com Paulus Júnior e Cordoni Júnior (2006, p.15), o início da universalização do atendimento se deu com o Plano de Pronta Ação (PPA), que permitia o atendimento de urgência a toda a população nos serviços próprios e nos contratados, independentemente de o paciente ser ou não um beneficiário (segurado ou dependente) da previdência. “Na época, grandes investimentos foram realizados privilegiando a assistência

médica em unidades de saúde em detrimento das ações preventivas”. Para Mercadante (2011, p.242) o uso de recursos da previdência no atendimento universal torna essa política histórica e esse fato foi resultante do “contexto criado pelas repetidas denúncias na imprensa sobre omissão de socorro que, em alguns casos, tinha consequências trágicas, a que acrescia a existência de uma relativa folga no caixa previdenciário”.

Foi com a implantação do SUS que o acesso à saúde deixou de ser privilégio de alguns milhares de brasileiros e assumiu a condição de direito de todos. O atual sistema público de saúde do Brasil é fruto do movimento da Reforma Sanitária, que trazia como uma de suas bandeiras o reconhecimento da saúde como direito social universal. Esse movimento nasceu entre profissionais e intelectuais da saúde discordantes do modelo de saúde vigente, que propuseram alternativas para a sua reestruturação.

A 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, em Brasília, foi o grande marco do Movimento Sanitário. Com expressiva participação de trabalhadores, usuários, técnicos, políticos, lideranças sindicais e populares, essa conferência se constituiu no maior fórum de debates sobre a situação de saúde do Brasil. Seu relatório serviu de base para a proposta de reestruturação do sistema de saúde existente, que depois foi defendida na reforma constituinte (FONTINELE JR., 2003).

Assim, na CF de 1988, nascia o SUS trazendo a saúde num conceito ampliado: a saúde como direito de todos, dever do estado e resultante de políticas econômicas e sociais. Surge trazendo com ele também a relevância pública das ações e serviços de saúde e as características de sistema e de unicidade. Sistema por se tratar de um serviço formado por um conjunto de várias instituições, dos três níveis de governo e do setor privado contratado e conveniado, que interagem com um fim comum. E unicidade por ter a mesma doutrina e a mesma forma de organização em todo o país (BRASIL, 2006).

Os princípios norteadores ou doutrinários do SUS são a universalidade (saúde como direito de todos), a equidade (recursos e serviços de acordo com as necessidades de cada um) e a integralidade (abrange as ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação, com acesso a todos os níveis de complexidade. Atenção focada no indivíduo como um todo).

Entre os princípios organizativos estão a descentralização político-administrativa (o SUS com comando único em cada esfera de gestão), a hierarquização/regionalização (os serviços organizados em níveis de complexidade tecnológica crescente, distribuídos numa área geográfica delimitada e com a definição da população a ser atendida), e a participação popular (garantia de que a população, através de entidades representativas, pode participar do

processo de formulação das políticas de saúde e do controle da sua execução, desde o nível federal até o local).

1.2 Comunicação e Saúde

A comunicação e a saúde estão vinculadas desde o início do século XX e toma-se como marco inicial dessa relação a criação, em 1923, do Serviço de Propaganda e Educação Sanitária, pertencente ao Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP). Naquele momento, a bacteriologia, a parasitologia e a microbiologia viviam avanços científicos. A possibilidade de identificar um agente causador de doença e estabelecer formas de transmissão e controle de algumas delas se refletiu no redirecionamento das ações de saúde pública, deslocando a atenção dos fatores do meio ambiente para os indivíduos e colocando como prioridade as medidas de higiene. Era necessário mudar hábitos e comportamentos vistos como causa de doenças (ARAÚJO; CARDOSO; MURTINHO, 2007).

Nesse contexto, educação e comunicação – esta pensada como propaganda – passaram a ser usadas como ferramentas que deveriam garantir o sucesso das políticas de saúde pública. O papel da educação e da comunicação na saúde e sua articulação com as políticas do setor consolidaram-se em 1940, com a criação do Serviço Nacional de Educação Sanitária (SNES), por Getúlio Vargas, visando disseminar informações sobre as doenças e suas formas de prevenção. O SNES produziu metodologias e materiais educativos que eram utilizados pelos serviços e veiculados pelos meios de comunicação de massa. Outra criação de Vargas, o Serviço Especial de Saúde Pública (SESP) produziu e disseminou materiais informativos e educativos, principalmente impressos (ARAÚJO; CARDOSO, 2007).

Nas décadas posteriores, as concepções de comunicação estiveram sempre presentes na definição de políticas públicas de saúde, principalmente naquelas que tinham a intenção de propor intervenções diretas sobre a população. A introdução de mediadores em programas – monitores, multiplicadores e agentes de saúde – tem sua gênese em pesquisas de comunicação que apontaram a importância de intermediários entre a fonte das mensagens e seus destinatários. Para Araújo e Cardoso (2007, p.25), foi “deste modo e por diversos caminhos que chegamos ao tempo presente, com as políticas de saúde sendo atravessadas pelo discurso do direito à informação e a comunicação como indissociável do direito à saúde”.

De acordo com essas pesquisadoras, foi a partir da década de 1990, que o campo da comunicação e saúde ganhou visibilidade, com as críticas produzidas por profissionais de serviços de saúde e instituições de ensino e pesquisa. De lá para cá, as discussões dentro desse

campo vêm crescendo e ganhando espaço em cursos de graduação, pós-graduação, congresso, fóruns e nas conferências nacionais de saúde. A Associação Brasileira de Pós-graduação em Saúde Coletiva (Abrasco) mantém, por exemplo, o Grupo de Trabalho em Comunicação em Saúde, e a Fundação Oswaldo Cruz, a Especialização em Comunicação e Saúde e o Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Informação e Comunicação em Saúde (ARAÚJO; CARDOSO, 2007).

Em Pernambuco, não há curso de pós-graduação nessa área e nos cinco cursos de jornalismo existentes no Estado - quatro deles são oferecidos em instituições privadas e um numa universidade pública - nenhum possui uma disciplina sobre saúde pública, de acordo com a grade curricular de cada um dos cursos, disponíveis em seus sites. Porém, temas como economia, estatística e cultura são debatidos em disciplinas obrigatórias ou eletivas (FACULDADE JOAQUIM NABUCO, 2011; FACULDADE MAURICIO DE NASSAU, 2011; FACULDADES INTEGRADAS BARROS MELO, 2011; UNIVERSIDADE CATÓLICA, 2011; UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO, 2011).

A discussão sobre política de saúde parece enquadrar-se apenas na disciplina realidade socioeconômica e política brasileira. O termo “parece” explica-se pelo fato de não ter ocorrido acesso à ementa da disciplina. Por ano, juntos, esses centros educacionais disponibilizam mais de 600 vagas para jornalismo, mas desde 17 de junho de 2009, por decisão do Supremo Tribunal Federal, o diploma de jornalismo não é mais necessário para o exercício da profissão. Mais a frente, a formação desse profissional voltará a ser abordada.

Em cerca de 20 anos de discussões e estudos no campo da comunicação e saúde algumas análises foram centradas na cobertura realizadas pelos meios de comunicação sobre saúde. Para Wilson Bueno (2000, p.1), “a mídia tem transformado o universo da doença (e a sua cura) em um grande espetáculo, movido por lances mágicos ou sensacionais [...]”. Essa postura adotada pela imprensa restringe as discussões sobre políticas públicas e prejudica os debates que buscam gerar melhor qualidade de vida.

Bueno (apud FREITAS, 2006, p.2) defende também que essa cobertura é descompromissada. “O enfoque, a meu ver, é sensacionalista em muitos casos, mas, sobretudo, é de descompromisso. A mídia trata a informação de saúde sem atestar para os compromissos que ela tem com a indústria. Divulga, sem responsabilidade.”

Bernardo Kuscinsky (2002, p. 95) compartilha da opinião de Bueno que, em sua grande maioria, a mídia está mais comprometida com o fator mercadológico e não com o interesse público, pois predominam reportagens sobre o corpo, a beleza e os problemas de

saúde que afetam as populações. “Há uma tensão permanente entre o valor de mercado da notícia e o caráter democrático que deve ter a comunicação”.

A prioridade dada às falas “autorizadas” de especialistas, em detrimento das falas dos movimentos sociais, correntes alternativas ou leigos, e instituições, principalmente as fontes oficiais (órgãos do governo, universidades e institutos de pesquisa), é mais uma característica dessa cobertura. Isso é o que Kuscinsky (2002) chama de cobertura elitista. Para ele, alguns grupos não são ouvidos por não serem vistas nas falas desses protagonistas autoridade e competência científica. Segundo esse estudioso, os jornalistas também são elitistas nas escolhas temáticas.

Não por opção pessoal, mas devido a todo um processo social de produção da notícia, que tem como um dos seus filtros mais importantes o elitismo. Raramente vemos grandes reportagens sobre o surto de hepatite no Amazonas, ou a malária, a esquistossomose ou a lepra. Mesmo doenças como a tuberculose não são muito populares na mídia; predominam as reportagens sobre o corpo, sobre a beleza, sobre doenças que afetam as pessoas com mais posses, ou mais ricas (KUSCINSKY, 2002, p. 98).

Sob esse ponto de vista, Kuscinsky (2002) diz, ainda, que não é por acaso que se multiplicam as reportagens que enfocam a saúde pessoal dos mais ricos.

As pessoas hoje vivem muito mais anos do que se vivia antes, e são anos onde se tem que conviver com problemas de saúde. Por isso mesmo a saúde se tornou estratégica no campo da comunicação. Revistas como a *Veja* produzem capas de saúde regularmente, porque são as capas que vendem, na concepção de mercado que eles têm [...] Então nós vemos que há uma espécie dum turbinamento: a saúde é vendida como mercadoria e, portanto, na mídia ela é mais mercadoria ainda, é dupla-mercadoria porque tem que ser muito mercadológica a forma como é apresentada, a forma como é tratada (KUSCINSKY, 2002, p. 98).

Voltando a questão da formação do jornalista, esse mesmo autor tem mais uma teoria para explicar a cobertura midiática dada ao setor saúde: a crise do saber do jornalismo. Uma característica dessa crise é a queda da qualidade do jornalismo, no preparo dos jornalistas e na qualidade das reportagens que produzem. Os jornalistas sabem cada vez menos porque não fazem de cada reportagem uma oportunidade de saberem coisas novas.

É como se eles pegassem daqui, transportassem para ali sem se meter com aquilo, não se interessam pela substância daquele conhecimento, daquela informação, alguns até desenvolvem a tese de que o bom jornalista é aquele que não sabe, porque quanto menos ele souber, com mais clareza ele vai

escrever para o leitor comum. Ou seja, há uma ideologia do não conhecimento (KUSCINSKY, 2002, p. 99).

Outra questão a ser considerada no trabalho feito pelos meios de comunicação em relação à cobertura da saúde é a existência de uma disputa de forças, entre diferentes atores sociais (indivíduos e grupos informais ou organizados), para fazer prevalecer determinados sentidos através de suas práticas discursivas. Esse cenário torna o universo midiático um local de tensão permanente, onde coexistem tentativas de construção, afirmação ou negação de significados. Nesse embate, alguns significados ou teorias prevalecem sobre as demais, ganhando *status* de verdade. Assim passam a orientar um grande número de pessoas e tornam-se hegemônicas

A respeito dessa questão, Araújo e Cardoso (2007, p. 102) ressaltam que:

qualquer produto midiático – notícias, reportagens etc – resulta sempre de múltiplas vozes e enunciações e os sentidos possíveis não estão localizados apenas neles, mas na sua articulação com os múltiplos contextos de produção, circulação e apropriação. Portanto o modo como processamos o discurso midiático é parte integrante e indissociável desse discurso.

No caso específico do SUS, Oliveira (2000) acredita que uma das razões a influir na falta de apreensão política do significado do SUS pela população é o fato de as principais imagens e informações publicamente divulgadas sobre o sistema público de saúde serem comumente associadas às mazelas e dificuldades do setor,

quase sempre a partir de uma suposta ineficiência do Estado, incompetência das autoridades ou dos profissionais da área, levando à construção de uma ordem simbólica pouco reflexiva sobre o campo da política de saúde representada pelo SUS (OLIVEIRA, 2000, p. 72).

Esse autor (2000) salienta, igualmente, que essa mesma forma de divulgação é extremante parcimoniosa e tolerante com o setor privado da saúde, sendo incapaz de fazer o público distinguir os dois sistemas (público e privado) como complementares e não opostos. Com base nesse pensamento, Oliveira (2000, p.72) diz:

Ao deixar de melhor informar a sociedade, a visibilidade pública obtida pelo SUS, longe de promovê-lo, torna-o politicamente frágil no contexto das lutas políticas e ideológicas [...] Como este tipo de questão não alcança o grande público, o debate acaba se restringindo aos grupos mobilizados da sociedade.

Diante de suas colocações Oliveira (2000) defende que, graças à comunicação midiática, o termo SUS foi incorporado ao vocabulário da população como referência concreta para a resolução de problemas ligados à saúde, mas essa mesma população ainda não conseguiu apreender claramente qual é seu real alcance e significado para a mudança do sistema brasileiro de saúde, principalmente no campo político.

Além dos fatores acima mencionados, que influenciam no processo de comunicação do SUS, é necessário considerar ainda que o conhecimento dos jornalistas sobre o sistema público de saúde também influi na construção do saber da população sobre ele. É justamente sobre o conhecimento dos jornalistas referente a algumas das características do SUS, assim como a compreensão que eles têm sobre temas relacionados ao sistema, que essa pesquisa foi centrada. Espera-se, assim, contribuir para a melhor comunicação midiática do sistema de saúde brasileiro, buscando interlocução com o campo prático do jornalismo e promover reflexões no campo jornalismo e saúde.

2 OBJETIVOS

2.1 Geral

Avaliar o conhecimento e a divulgação dos jornalistas que atuam no Recife e em Olinda (PE) sobre o SUS.

2.2 Específicos

- a) Identificar a compreensão desses profissionais sobre saúde e direito à saúde;
- b) Identificar o que eles entendem por sistema público de saúde e o que sabem sobre a constituição do SUS, quem são os responsáveis por esse sistema e quem tem direito a fazer uso dele;
- c) Identificar o conhecimento dessa categoria sobre financiamento e controle social, questões relacionadas à gestão do sistema;
- d) Identificar quais os serviços oferecidos pelo sistema de saúde público que os jornalistas conhecem e como avaliam a qualidade da assistência prestada pelos serviços;
- e) Identificar como julgam o conhecimento da população e deles mesmos sobre o sistema, como avaliam a divulgação feita sobre o SUS e como torná-la melhor.

3 METODOLOGIA

3.1 Estratégia do Estudo

De acordo com Minayo (2010, p. 21), a pesquisa qualitativa “trabalha com o universo dos significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, se ocupando com um nível de realidade que não pode ou não deveria ser quantificado”. Assim, não busca medir ou enumerar eventos. Por estimular os participantes do estudo a pensar, faz vir à tona aspectos subjetivos, motivações, conceitos e ideias explícitas e implícitas, que colaboram com a busca e a identificação de percepções e conhecimentos sobre determinados assuntos. Essas características da pesquisa qualitativa vão ao encontro da proposta deste estudo descritivo, que procura avaliar o conhecimento e a divulgação dos jornalistas que atuam no Recife e em Olinda (PE) sobre o SUS.

Por se tratar de pesquisa dessa natureza, foi escolhida como técnica de coleta dos dados a entrevista, o instrumento mais usado no trabalho de campo e que é considerado essencial para a apreensão de dados objetivos, como idade, tempo de atuação no mercado e grau de escolaridade, e dos dados subjetivos, como o entendimento de saúde e de direito à saúde.

Para Minayo (2010), a entrevista é um diálogo a dois ou entre mais interlocutores, que permite a construção de informações pertinentes para um objeto de pesquisa e a abordagem de temas igualmente pertinentes com vistas a este objetivo pelo entrevistador. Ela também opina sobre o que torna a entrevista um dos mais importantes instrumentos de coleta de dados:

A fala ser reveladora de condições estruturais, de sistemas de valores, normas e símbolos e ao mesmo tempo ter a magia de transmitir, através de um porta-voz, as representações de grupos determinados, em condições históricas, sócioeconômicas e culturais específicas” (MINAYO, 1999, p.109-110).

No estudo em questão os dados foram coletados por meio de entrevistas individuais, gravadas, seguindo-se um roteiro padronizado (APÊNDICE A), composto de perguntas aplicadas a todos os entrevistados (SOUZA et al; 2005), com exceção da pergunta de número 11, “Qual a qualidade da assistência prestada?”, que não foi feita ao entrevistado 2.

O roteiro foi previamente testado para validação de conteúdo com profissionais de mesmo perfil do público alvo da pesquisa. As entrevistas ocorreram em locais definidos pelos entrevistados.

Para análise de conteúdo das entrevistas, Kvale (apud MENDES, 2010, p. 243, 244) identifica cinco abordagens:

- 1) Condensação de significados - a entrevista é resumida a partir de extrato das falas dos entrevistados em formulações curtas, que respondem diretamente às perguntas da pesquisa.
- 2) Categorização de significados - a entrevista é codificada em categorias que indicam a ocorrência ou não de determinados fenômenos ou a intensidade desses fenômenos tendo por objetivo medir a frequência dessas categorias.
- 3) Estruturação em narrativas - a fala do entrevistado é reformulada no sentido de uma história contada por ele, a partir do conteúdo percebido, resguardando-se a sequência temporal e os fatos relatados.
- 4) Interpretação de significados - o texto é interpretado a partir de diferentes pontos de vista ou referenciais teóricos, bem como dos interesses de grupos distintos. Busca possíveis significados por meio de diferentes caminhos para a construção de uma interpretação plausível. O texto tende a aumentar.
- 5) Apreensão do significado pelo método *ad hoc* - Neste caso é uma abordagem eclética, no qual é considerado o entendimento do senso comum para interpretação do texto, associado com uma sofisticação textual e/ou uso do método quantitativo. Esses recursos são usados para trazerem diferentes significados de partes do material. Os resultados dos significados entendidos são trabalhados em números, figuras, fluxogramas e suas interações.

Neste estudo, para a sistematização e análise dos dados de cada entrevista, foi tomada como referência a Condensação de Significados. Cinco passos são seguidos nesse tipo de análise: 1º) a entrevista é lida inteiramente para compreensão do sentido do todo; 2º) as unidades de significados naturais expressas nas respostas são selecionadas pelo pesquisador; 3º) o tema que domina a unidade de significado é estabelecido de forma simples pelo pesquisador, sob seu ponto de vista; 4º) os temas das unidades de significados são correlacionados com respeito às perguntas propostas pelo estudo, através da pergunta como “O que é que a declaração do entrevistado quer me dizer?”; 5º) a descrição essencial do conteúdo obtido nas respostas às perguntas do investigador (KVALE apud MENDES, 2010, p. 244-245).

Para melhor compreensão do entendimento dos jornalistas sobre o SUS, as perguntas foram divididas e agrupadas em cinco temas. São eles: 1) Saúde. O objetivo neste caso foi captar o entendimento desses profissionais sobre saúde e direito à saúde; 2) SUS. A proposta

neste caso foi assimilar o que eles entendem por sistema público de saúde e o que sabem sobre a constituição do sistema, quem são os responsáveis por ele e quem tem direito ao SUS; 3) Gestão. Aqui se buscou perceber o que os jornalistas conhecem sobre financiamento e controle social, questões relacionadas à gestão do sistema; 4) Assistência prestada e qualidade. A meta foi saber quais os serviços oferecidos pelo sistema de saúde público que eles conhecem e como avaliam a qualidade da assistência prestada pelos serviços; 5) Divulgação e conhecimento sobre o SUS. A idéia neste caso foi saber como julgam o conhecimento da população e deles mesmos sobre o sistema, como avaliam a divulgação feita sobre ele e como torná-la melhor.

3. 2 População e Seleção dos Participantes

A população do estudo foi composta por 18 jornalistas ligados aos principais veículos de comunicação do estado e os de maior audiência na Região Metropolitana do Recife: rádios Jornal AM, JC/CBN e Folha; jornais do Comercio, Diario de Pernambuco e Folha de Pernambuco; e TVs Globo, Jornal, Clube, Tribuna e Rede TV.

Dentre essas empresas foi contabilizado o total de 174 jornalistas (ver quadro 1). Apesar de ser esta uma pesquisa qualitativa, para compor uma amostra representativa e assim obter uma visão panorâmica dos jornalistas sobre o tema, foi feito um cálculo de 10% sobre o quantitativo de profissionais de cada uma delas, conforme tabela abaixo. De acordo com a norma NBR 5891/1977, os números decimais foram arredondados.

Inicialmente seriam entrevistados 19 profissionais, mas a Rádio Clube AM foi excluída da amostra em razão de o número de jornalistas da empresa ter sido reduzido de quatro para um, no período entre o levantamento do quantitativo de profissionais por redações e a realização das entrevistas, e essa única jornalista ter se recusado a participar do estudo.

A escolha dos participantes se deu por sorteio, pela pesquisadora, com base numa relação nominal. Os sorteados que não aceitaram participar foram excluídos da lista e um novo sorteio foi feito até a obtenção de uma resposta positiva.

Dentre as funções ocupadas pelos participantes estão as de repórter, editor, produtor, apresentador e editor, e chefe de reportagem. Está última função não foi definida como público-alvo no pré-projeto, mas foi aceita como opção de entrevista no desenvolver da pesquisa por causa das dificuldades de agendamento com alguns jornalistas e por esta função ser responsável por orientar os repórteres e supervisionar o andamento das pautas. A escolha

dessas atividades se deu por elas estarem diretamente envolvidas na elaboração ou reformulação dos textos e na construção dos sentidos das pautas.

Nos jornais, foram considerados nessa população, apenas os jornalistas das editorias que abordam o tema saúde no âmbito local (Cidades/Jornal do Commercio, Vida Urbana/Diario de Pernambuco e Grande Recife/Folha de Pernambuco). É nesses cadernos que se verifica o maior número de publicações diárias sobre saúde.

Quadro 1 – Quantitativo de jornalistas por redações

Mídia	Quantitativo	Número de profissionais a ser entrevistado
TV Globo	39	4
TV Jornal	30	3
TV Clube	13	1
TV Tribuna	29	3
Rede TV	5	1
Rádio Jornal AM	5	1
Rádio JC/CBN	5	1
Rádio Clube AM	5	1
Rádio Folha	6	1
Jornal do Commercio/Cidades	13	1
Diario de Pernambuco/Vida Urbana	14	1
Folha de Pernambuco/Grande Recife	10	1
TOTAL	174	19

Fonte: Elaborado pela autora

3.3 Aspectos Éticos

A pesquisa observou os preceitos éticos previstos na Resolução 196/96, do Conselho Nacional de Saúde, e recebeu parecer favorável (nº73/2010) para a sua realização do Comitê de Ética em Pesquisa do CPqAM/Fiocruz. Todos os entrevistados assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) (APÊNDICE B), concordando em participar da pesquisa. Os respondentes foram mantidos em anonimato.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados apresentados abaixo foram colhidos entre 18 jornalistas, sendo 11 do sexo feminino (61,1%) e 7 do sexo masculino (38,9%), com idade entre 22 anos, o mais novo, e 43, os dois mais velhos. Dentre as funções ocupadas por eles, 38,8% são repórter, 22,2% produtor, 16,6% editor, 11,1% apresentador e editor, e 5,5% chefe de reportagem. Dentre eles, sete (38,9%) cursaram uma especialização, mas nenhuma na área da saúde.

A maioria tem entre um a dez anos de formado (61,3%); cinco, entre 11 e 20 anos (27,7%); um com mais de 21 anos (5,5%) e outro com dez meses de conclusão do curso (5,5%). São três profissionais de rádio, três de jornal e 12 de televisão. Como citado na metodologia, os dados estão expostos em cinco temas: saúde; SUS; gestão; assistência prestada e qualidade; divulgação e conhecimento sobre o SUS. Nenhum dos jornalistas é identificado e a cada um deles se atribuiu um número de identificação

4.1 Tema Saúde

4.1.1 Conceito de Saúde

Analisando-se as respostas dadas para o questionamento “O que você entende por saúde?”, constatou-se que, em relação à saúde, a definição mais frequente, dada por seis entrevistados, Na 8ª Conferência se definiu saúde como “resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse de terra e acesso a serviços de saúde” (CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 1986, p. 4). Para o entrevistado 16 saúde é o bem-estar físico e mental condicionado por hábitos e práticas saudáveis e pela boa qualidade social de vida.

Saúde é o bem-estar físico, mental da pessoa. Bem-estar esse que pode, deve ser conquistado de várias formas, seja por práticas, maneira de viver saudável, mas também um bom emprego, uma qualidade social de vida que te permite ter uma tranquilidade, que não te deixa nervosa, estressada. Uma outra saúde mais subjetiva e mais difícil de alcançar, mas que também é entendida como saúde (informação verbal).¹

¹ - Entrevistado 16

O jornalista 3 crê que saúde é “o bem-estar do ser humano em todos os sentidos: físico, mental, de alimentação, espírito, tudo” (informação verbal).² Já o 13 relaciona saúde ao bem-estar físico e mental, excluindo do seu entendimento a questão social. “Saúde é bem-estar. É você estar funcionando bem tanto físico quanto psicologicamente. Isso é saúde” (informação verbal).³

Dois jornalistas explicaram saúde como o bem-estar físico, a ausência de doença, como defendeu Christopher Boorse, em 1977, criticando a amplitude do conceito da OMS (SCLAR, 2007, p.37). Esse é o caso do entrevistado 5, que relacionou saúde ao grau de eficiência das funções biológicas. “Penso que é um bom funcionamento integral de todas as funções de seu corpo, dos aparelhos digestivo, respiratório, circulatório. É tudo funcionando bem, nenhuma queixa, nenhuma dor, nenhuma disfunção” (informação verbal).⁴

Outros dois jornalistas acreditam que saúde é o bem-estar físico mais o acesso e a oferta de serviços de saúde, como o entrevistado 1. “[...] Saúde é seu corpo estar todo inteiro, sem nenhum problema. Também pode ser um hospital, pode ser um atendimento médico, pode ser o governo lhe prestando um serviço de saúde” (informação verbal).⁵

A segunda definição que mais se reproduziu – cinco vezes - estabeleceu saúde como um direito. Para o jornalista 8 esse direito é ilimitado e para todos. “Saúde, na minha opinião, é um direito básico, direito humano a que todos devem ter acesso de forma irrestrita” (informação verbal).⁶ O 2 acredita que saúde é um direito que deve ser assegurado a todos pelo Estado brasileiro, mas não o é. “Saúde eu entendo como direito, realmente, de fato, que deveria ser concedido a todas as pessoas e que caberia às autoridades municipais, estaduais e federais concederem esse direito à população” (informação verbal).⁷

Dentre os 18 entrevistados, dois deles conceituaram saúde como um recurso para a vida diária e a independência do homem. Esse foi o caso do jornalista 17.

Eu entendo por saúde um bem que todo ser humano deveria ter, que é estar gozando de plena consciência, de poder fazer todas as tarefas da vida das pessoas, trabalhar, estudar, andar, passear. Enfim, tudo aquilo que a pessoa possa fazer sem precisar de ajuda de outra pessoa ou de algum medicamento para poder se manter vivo (informação verbal).⁸

² - Entrevistado 3

³ - Entrevistado 13

⁴ - Entrevistado 5

⁵ - Entrevistado 1

⁶ - Entrevistado 8

⁷ - Entrevistado 2

⁸ - Entrevistado 17

O entrevistado 11 definiu saúde de forma diferente dos demais. Para ele saúde é a busca pela prevenção de doenças e o medo de morrer, e não a procura por qualidade de vida.

Eu entendo que saúde, principalmente, é prevenção, porque você, mais do que viver, é não ter preocupações. É muito raro você encontrar quem não tenha hoje uma vida estressante, tudo mais. Eu acho que o conceito de saúde está mais pela prevenção e o medo da morte do que pelo fato de se cuidar. Eu acho que é isso (informação verbal).⁹

Entre as respostas apresentadas para essa questão percebe-se que há predominância de duas correntes de definição para saúde. Uma é formada por aqueles que entendem saúde dentro dos conceitos hoje vigentes e mais presentes em livros e publicações científicas, as definições da OMS e da 8ª Conferência, que, excluídas as discordâncias sobre o “estado de completo bem estar” estabelecido no conceito da Organização Mundial de Saúde, se relacionam no tocante às questões sociais. Outra é a que defende saúde como um direito de todos, assim como está na Constituição Federal (CF) de 1988, que não define o conceito de saúde.

A análise desses dados também permite dizer que, embora tenha havido essas predominâncias, o entendimento de saúde expresso por cada um deles mostra que saúde não representa a mesma coisa para todos os entrevistados. Cada conceito depende de suas concepções científicas, religiosas, filosóficas; da conjuntura econômica, política, social e cultural; além da época, do lugar em que vivem e da sua classe social, como defendeu Moacyr Scliar (2007, p.30).

4.1.2 Direito à Saúde

“O que você entende por direito à saúde?”. A explicação mais prevalente para esse questionamento é relativa ao acesso ao atendimento. Entre esses, há os que defendam o acesso ao atendimento hospitalar, preventivo, curativo, em unidade pública ou privada, gratuito e de qualidade, entre outras características. Para o entrevistado 1, “direito à saúde é o direito que cada trabalhador, cada pessoa, cada ser humano, cada morador de uma cidade, de um país, de um estado tem de ser atendido em um hospital público”. O jornalista 5 crê que “é o acesso irrestrito ao atendimento preventivo e curativo, a todo e qualquer cidadão para que esse funcionamento pleno, integral, de todas essas funções [do organismo] possa acontecer”.

Para o entrevistado 3 é ter atendimento gratuito, quando estiver com problema de saúde, conceito que exclui o acesso às ações, aos programas e aos serviços de promoção e

⁹ - Entrevistado 11

prevenção da saúde. “É o cidadão poder ir a uma unidade de saúde e ser atendido quando estiver com algum problema e ter esse problema resolvido gratuitamente”. O entrevistado 12 acusa que, no Brasil, o direito à saúde não é assegurado às pessoas que não podem pagar planos de saúde e que esse direito deve se dar por meio de ações e serviços de prevenção e recuperação, que ocorram em tempo hábil. Ao defender o pagamento de planos e seguros de saúde por quem pode pagar por eles, sua fala também revela insatisfação com o serviço público de saúde e a consequente existência da saúde privada em paralelo à saúde pública.

Direito à saúde eu vejo como tudo aquilo que o brasileiro não tem, que é você ter acesso a prevenção, a tratamento, a medicamento, independentemente do valor que seja necessário pagar por isso. E aí eu vejo o seguinte: quando você pode pagar, eu acho justo que você pague. Aí eu falo de quem tem acesso a planos de saúde, a rede particular de atendimento. Isso deveria ser garantido também a quem não pode pagar por isso, que não tem... E isso tudo intimamente ligado à questão de tempo porque eu vejo muito a questão de saúde ligada ao tempo (informação verbal).¹⁰

Seis jornalistas definiram direito à saúde como direito adquirido ao nascer, inerente ao ser humano, direito de todos, que deve ser garantido pelo Estado, assim como defende Tupinambá Miguel Castro do Nascimento ao dizer:

Todo ser humano, pelo simples fato de ter nascido com vida, no momento do nascimento adquire o direito subjetivo à sua saúde, direito que o acompanha até a morte. E, como direito exigível do Estado, no que concerne a sua proteção, trata-se de direito subjetivo público, estruturando-se uma relação jurídica específica entre cada ser humano e o Estado, em que aquele é o credor e este, o devedor. Na verdade, é direito que, em compreensão mais ampla, retrocede ao tempo para alcançar o nascimento desde a concepção [...] (NASCIMENTO, 1991 apud CARVALHO; SANTOS; 2006, p. 34).

Sob essa ótica, o jornalista 2 afirmou que esse direito deve ser respeitado em todos os países. “Eu acho que é uma coisa que, quando você nasce você, já tem esse direito e seria uma norma que deveria ser praticada em qualquer país, em qualquer continente”.

O entrevistado 8 destacou que esse direito “básico” não é respeitado no Brasil, assim como o direito à educação. “É um direito que não pode ser negado. Acho que é direito básico, direito humano, assim como educação, que, infelizmente, na nossa realidade aqui do Brasil, a gente vê que ele é muito desrespeitado, esse direito à saúde”.

O jornalista 14 crê se tratar de um direito próprio do homem, que deve ser assegurado aos cidadãos por essa condição e pelo fato de ele ser contribuinte do governo.

¹⁰ - Entrevistado 12

[...] Eu acho que é uma coisa elementar, que todo cidadão precisa. A gente não só precisa, não só tem que ter direito à saúde pela nossa condição de seres humanos, mas também por ser colaborador e contribuinte de um processo de governo que tem que garantir isso como um direito fundamental (informação verbal).¹¹

Numa postura bastante crítica, o jornalista 16 defendeu que esse direito deve garantir acesso à saúde de qualidade, pública, gratuita, com uma rede eficiente, ágil. Ele acredita que, embora esse direito esteja estabelecido na Constituição Federal, na prática ele é negado a muitas pessoas.

Eu entendo como um direito humano que toda a pessoa tem, garantido pela constituição, de gozar do acesso à saúde. Direito à saúde é direito a ter acesso à saúde de qualidade... Assim como a educação, ele é negado para muitas pessoas. É ter direito a uma saúde universal, pública, gratuita. As mesmas premissas que regem a educação regerem a saúde. Não é somente ter o atendimento no posto, na unidade de saúde da família, no hospital, na policlínica. Ter um bom atendimento e uma boa retaguarda, onde fazer o exame, uma data próxima para mostrar esse exame para que ele não perca a validade quando você chega (informação verbal).

Outro entendimento sobre direito à saúde, fora dessas duas linhas de raciocínio descritas acima, foi formulado pelo jornalista 17. De acordo com ele, saúde é um direito constitucional concedido pelos governos democráticos, nos diferentes níveis de gestão, e garantido na oferta de determinados recursos.

Direito à saúde é um direito constitucional que todos os governos democráticos concedem aos cidadãos daquele país. Eu acho que direito à saúde é quando o governo federal, municipal, estadual, todos os poderes, eles nos dão direitos a ter como recorrer a ter exercício físico, a ter alimentação adequada, a ter uma vida saudável. Dar esses direitos à gente, essas garantias de direito para que a gente possa ser saudável (informação verbal).

Esta idéia de direito à saúde encontra sustentação na citação de Sueli Dallari (apud SILVA; FERREIRA; SILVA, 2010) referente à Declaração Universal dos Direitos Humanos, quando ela relaciona a saúde ao bem-estar e a qualidade de vida, legitimada como direito de todo cidadão pela Constituição de 1988, acessível a todos sem qualquer distinção.

Dois jornalistas, o 6 e o 10, não conseguiram formular um conceito sobre direito à saúde. Em sua resposta o jornalista 6 relacionou o direito à saúde a oferta de infraestrutura, no caso o saneamento básico.

¹¹ - Entrevistado 14

[...] se a gente não fornece às pessoas esse direito a um saneamento básico, uma rede de coleta de esgoto sanitário, então você já está de alguma maneira privando essas pessoas desse direito à saúde. Porque eu não acredito que a pessoa possa viver com saúde, dignidade, se ela não tem um mínimo de infraestrutura (informação verbal)¹².

O entrevistado 10 afirmou que falar de direito à saúde remete a existência de falhas.

Ter direito à saúde significa que está faltando alguma coisa. A partir do momento em que se precisa dizer que a pessoa tem direito à saúde é porque existe uma fragilidade, que existe alguma falha [...] Então ter direito à saúde [...] para mim, o que significa isso? Direito à saúde pra mim o que significa é que tem alguma coisa errada porque ela ter direito à saúde é fundamental (informação verbal).¹³

O direito à saúde e o dever do estado como pressuposto de cidadania surgiu em 1979, durante o regime militar, e foi consagrado na Constituição Federal de 1988. No artigo 6º do referido documento a saúde foi estabelecida como um direito social. No art. 196, como: “direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 1988).

Esse direito foi enfatizado no art. 2º da Lei 8.080/1990, que afirma ser a saúde “um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício” (BRASIL, 1990).

O fato de a maioria dos entrevistados associar o direito à saúde ao acesso aos serviços de saúde faz pensar que, possivelmente, esta associação está relacionada às notícias veiculadas na mídia, quase que diariamente, sobre os serviços de saúde pública, que privilegiam os problemas vividos pela população para conseguir atendimento: filas para marcação de consulta, longo tempo de espera pela consulta, falta de leitos e de médicos, hospitais sucateados etc.

O descaso com o paciente, o desrespeito sofrido por ele nessas situações talvez seja a primeira lembrança vinda à memória desses jornalistas ao se falar em direito à saúde. Esse cenário também foi lembrado por quase todos os demais participantes da pesquisa, inclusive aqueles que entendem esse direito como algo intrínseco ao ser humano. Chama atenção,

¹² - Entrevistado 6

¹³ - Entrevistado 10

ainda, a defesa, pela maioria, da assistência de qualidade como forma efetiva de garantia do direito à saúde.

Embora o entendimento de saúde e de direito a saúde dos jornalistas não estejam diretamente relacionados ao objetivo principal dessa pesquisa, que é identificar o conhecimento desses profissionais sobre o SUS, foi desejo da pesquisadora e do seu orientador saber o que significam esses termos para os entrevistados. Essa curiosidade partiu da idéia de que o entendimento desses conceitos influencia diretamente na atuação deles como cidadãos e profissionais. Assim, tal interesse foi listado como objetivo específico do estudo.

4.2 Tema SUS

4.2.1 Sistema Público de Saúde

No caso da pergunta “O que é o sistema público de saúde?”, a resposta que mais se reproduziu foi a na qual os jornalistas lançaram análises sobre o sistema público de saúde, dizendo, alguns deles, como deveria funcionar esse sistema. Para o entrevistado 7, o sistema público de saúde brasileiro, o SUS, é um projeto grandioso que no dia a dia funciona em desacordo com o que se propõe.

Sistema público de saúde é um sistema que na teoria é muito bonito, funciona, mas que na prática não é bem assim. A gente sabe que o sistema público de saúde do Brasil é um dos maiores sistemas públicos do mundo e que apresenta vários problemas, várias dificuldades. É isso. Na teoria é algo que funciona, mas na prática não é bem assim. Está distante (informação verbal).¹⁴

O jornalista 11 misturou em sua fala questões relacionadas à falta de informações dos usuários e as dificuldades vividas por eles na assistência. No apontamento de problemas do SUS reconheceu o Estratégia Saúde da Família (ESF), que chama de Programa Saúde da Família, uma referência ao primeiro formato dessa ação antes de ser considerada uma estratégia, como um avanço vivido pelo sistema.

Sistema público de saúde eu acho que ainda é um desconhecido para muita gente [...] por mais que ele tenha avançado em termos do Programa de Saúde da Família, dos PSFs, que desenvolvem com os médicos indo até as casas dos pacientes. Eu acho que o Sistema Único ainda é um desconhecido, eu acho que as minorias se queixam muito. Eu tenho acompanhado reportagens de pessoas que esperam dois, três meses pra conseguir uma consulta médica,

¹⁴ - Entrevistado 7

para poder falar com um médico [...] mesmo com a ambulância que pegue o paciente no interior do Estado, que traga ele para a capital [...] falta informação consciente para reduzir esse tempo de viagem, para reduzir de repente o tempo de espera por um atendimento médico, de quem sai de duas horas da madrugada, enfrenta 700 km de estrada. Chega a Recife, a consulta marcada para as 8h e vai começar ao meio-dia [...] Eu acho que esse é um exemplo do que se poderia melhorar em termos da saúde pública no Brasil (informação verbal).

Já o entrevistado 18 opinou ser um sistema que deveria oferecer assistência de qualidade, porém isso não ocorre. Para ele, o SUS é também desatualizado, embora não tenha explicado a que se refere essa desatualização. “Sistema público seria um sistema para oferecer à população um serviço digno na área de saúde, mas que não é o que eu vejo. O sistema público de saúde da gente é muito defasado” (informação verbal).¹⁵ No referente às tecnologias, as unidades de saúde apresentam incorporações tecnológicas compatíveis com o grau de complexidade de cada uma delas e o que não é ofertado pela rede própria do SUS está disponível nas unidades conveniadas. Em relação à infra-estrutura, muitas delas contam com arquitetura e mobiliário inadequados.

O jornalista 3 expôs ser esse um setor com dificuldades em todo o país, composto por unidades de assistência às quais a população de baixa renda recorre para ter acesso a várias especialidades médicas, uma referência à ideia de que o sistema público existente no Brasil é uma proposta para pobres, embora o SUS seja um direito de todos.

É o setor governamental com um problema sério que não está conseguindo atender a população em geral, não só em Pernambuco, mas do país. E o sistema público de saúde é composto por hospitais, UPAs [Unidades de Pronto-Atendimento], posto de saúde e onde a população carente vai ter acesso a médicos de várias especializações lá (informação verbal).

Dois outros entrevistados, o 2 e 13, compartilham a opinião do colega de número 3 de que o sistema público de saúde presta atendimento à população carente que não pode pagar plano ou seguro de saúde. Embora afirme que o SUS é um espaço onde a população carente tem acesso à saúde, o jornalista 13 lembra que esse mesmo sistema é pago por todos, carentes e ricos, através de impostos, sendo dever do governo ofertar serviços de qualidade:

É o sistema que indiretamente nós pagamos para tê-lo através de impostos, através do que é descontado de salários, e que dá direito a quem não tem como pagar para consertar, entre aspas, a sua saúde e ter esse acesso a esse sistema público. Eu acho que é dever de Estado, do governo, oferecer um bom serviço à população, uma vez que eles tiram do próprio povo esse

¹⁵ - Entrevistado 18

dinheiro, esses recursos, para oferecer essa saúde à população (informação verbal).

Três entrevistados definiram sistema público de saúde como uma rede assistencial formada por instituições como, hospitais – a unidade de saúde mais lembrada - postos de saúde, laboratórios e entidades filantrópicas. O 1 afirmou que é uma rede de atendimento gratuita, completa em termos de serviços. “Sistema público de saúde [pensativo] é uma rede de hospitais, uma rede de laboratórios, uma rede de postos de saúde que atende a população gratuitamente com todos os serviços”. O de número 6 crê ser a rede composta por diversas estruturas, que oferecem desde o atendimento de saúde da família até educação em saúde.

Eu acho que de alguma maneira esse sistema público de saúde seria essa grande rede que engloba todos esses mecanismos, desde uma saúde de família mais até faculdade pública de educação. Você também podia ter algumas noções de higiene, de [como] cuidar de sua própria casa. Mas aí passa por toda essa rede, imagino eu, essa rede que vai do menor até o grande hospital, a grande emergência (informação verbal).

Outro pequeno grupo de jornalistas concordou que se trata de um sistema gratuito para a toda a população. O jornalista 5 defendeu que, além de gratuito, ele deve atender as pessoas sem distinção e funcionar em tempo integral. “É esse atendimento ser público, gratuito. É o atendimento de saúde ser sem cobrança, 24 horas, sete dias na semana para pessoas de qualquer idade, sexo, raça. Enfim, público, custeado pelo governo para todos”.

O 10 lembrou que é o sistema onde o cidadão tem acesso a todo tipo de tratamento, gratuitamente, não havendo em sua fala referências às ações e aos serviços de promoção e prevenção da saúde.

Sistema público de saúde é o sistema que você não paga por ele, que você tem, recebe todo tipo de tratamento, seja dentário, tudo que você precisar sem pagar por ele. Sistema público de saúde é isso, ter acesso à saúde sem precisar pagar (informação verbal).

Para o jornalista 4, o SUS soluciona problemas de saúde da população – não oferta promoção e prevenção de saúde - e é formado por órgãos municipais, estaduais e federais. Ele foi o único a citar as três esferas de gestão como responsáveis por esse sistema. “Sistema público de saúde é aquele sistema que trata dos nossos problemas e que é de responsabilidade

do estado, de responsabilidade do governo federal, do estado, do município. Enfim, acho que entra nesse contexto aí” (informação verbal).¹⁶

O 17 definiu sistema público de saúde como um conjunto de elementos oferecido pelo governo, garantindo um direito assegurado na Constituição.

Sistema público de saúde para mim é quando o governo, enquanto instituição, organiza uma determinada pasta pública, uma secretaria, um ministério, que vai garantir ao cidadão o que a Constituição nos dá de direito. Então cabe ao governo construir toda uma estrutura para nos dar esse direito, com construção de hospitais, clínicas, com construção de políticas públicas na área de alimentação, na área de organização social, recreativas, para que a gente possa gozar dessa saúde que eu acabei de falar na primeira pergunta (informação verbal).

No caso desse questionamento, assim como nas demais, não se esperava uma resposta pronta dos entrevistados, que abrangesse essas ou aquelas características do SUS. A expectativa era que fossem formuladas explicações nas quais houvessem referências a alguns pontos que o caracterizam no referente a sua composição, organização, gestão e criação.

O que se verificou entre a maior parte dos entrevistados foram críticas - ainda que genéricas - ao sistema, focadas nas dificuldades desse sistema, como forma de apontar que ele não está totalmente concretizado, padecendo de ajustes. Dentre as características, a mais lembrada foi a gratuidade.

As unidades que formam o sistema também foram mencionadas, com destaque para as de assistência, identificando o sistema público de saúde como um local de recuperação e reabilitação da saúde. Houve menção ao princípio da universalidade, que não foi lembrada nesse termo e sim de acordo com seu significado de direito de todos, como citado pela entrevistada 5. Três participantes referiram-se ao SUS como um sistema criado para pobres e não houve referências a ele como o sistema organizativo da saúde no país.

4.2.2 Composição dos SUS

“Como é constituído o SUS?” Esta foi a quarta das 14 perguntas lançadas aos participantes do estudo. O objetivo a ser alcançado era saber quais as instituições e órgãos, além das unidades de assistência, os jornalistas sabiam fazer parte do SUS.

Dez deles, mais da metade dos entrevistados, relacionaram em suas respostas unidades de assistência, como hospitais, postos de saúde, clínicas, policlínicas, UPAs e laboratórios.

¹⁶ - Entrevistado 4

Desses, cinco citaram apenas esse tipo de instituição. Os hospitais foram lembrados pelos dez entrevistados e os postos de saúde por sete deles.

O jornalista 1 mencionou, além dessas unidades, os centros de pesquisas como instituições participantes do SUS. Ele foi o único a fazer essa referência, o que faz crer não estar claro para eles, assim como para a população, que essas instâncias provedoras de conhecimento científico são estabelecimentos integrantes do sistema público de saúde. Para ele, o sistema único oferece atendimento amplo, indo desde o mais simples ao mais complexo, como o transplante de órgão.

O SUS que eu saiba é um sistema em que você tem um atendimento completo, desde uma consulta de ambulatório até fazer um transplante, se for necessário. E teria uma rede de hospitais, de laboratórios, de centro de pesquisa que está ligado ao SUS. Tem hospitais, clínicas. Toda essa rede que tem de centro de saúde, de hospital, de posto de saúde, de clínica, de laboratório, de hospitais ligados a universidades, de centro de pesquisas que compõem o SUS (informação verbal).

O entrevistado de número 16 afirmou que o SUS é formado por uma confusa rede de assistência ligada as três esferas de gestão, que vai do atendimento porta a porta feito pelos agentes de saúde até os hospitais.

Acho que o SUS é formado por toda a complicada rede de assistência à saúde que vai desde a unidade de saúde da família, que vai desde o agente de saúde que bate, que faz o porta a porta, que faz o acompanhamento domiciliar das pessoas, até o local pra onde ele volta, que é a unidade de saúde da família. Que é essa unidade de saúde da família que atende, que oferece algumas especialidades médicas, aonde as pessoas da comunidade se dirigem, para receber esse atendimento e em outras situações aí também. Isso está tudo no SUS, as policlínicas, os hospitais, as maternidades. E essa saúde eu entendo como uma estrutura que passa pelos três poderes, não é? O federal, o estadual e muito mal ainda o municipal, infelizmente (informação verbal).

De acordo com o art. 4º da lei 8.080, o SUS é constituído por um conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo poder público. Também fazem parte do sistema as instituições públicas federais, estaduais e municipais de controle de qualidade, pesquisa e produção de insumos, medicamentos, inclusive de sangue e hemoderivados, e de equipamentos para saúde. A iniciativa privada participa do sistema em caráter complementar. (BRASIL, 1990)

Três outros jornalistas também lembraram que o SUS é formado por organizações federais, estaduais e municipais. O de número 4 falou da assistência por grau de complexidade. Ele foi o único a fazer essa colocação.

O Sistema Único de Saúde é constituído por órgãos, uma rede de órgãos federal, estadual e municipal que se divide em várias responsabilidades, não é? O atendimento básico que é do município, que chama de baixa complexidade, a de média e a de alta complexidade são serviços para o estado e para o governo federal (informação verbal).

Os entrevistados de número 12 e 18 foram um pouco mais além que seus colegas, citando instituições privadas/conveniadas e filantrópicas como componentes do SUS. O jornalista 12 relacionou ainda ao SUS as pessoas que contribuem com o sistema por meio de pagamento de impostos.

Até onde eu consigo entendê-lo, ele [o SUS], na verdade, seria uma cadeia um pouco mais complexa, que aí tem várias partes integrantes. Aí você tem o município, você tem o estado, você tem a união, que continua sendo estado, mas no sentido do macro, o federativo. E eu acho que ainda inclui aí uma série de outros atores que não estão diretamente ligados à questão desse atendimento ligado ao município, ao estado, mas à federação. Mais a própria rede particular que presta assistência a esse governo, as instituições beneficentes, filantrópicas, que também prestam de certa forma um tipo de atendimento. Então eu acho que é esse todo e são os indivíduos também. Os indivíduos na medida em que eles contribuem para esse sistema único de saúde enquanto pessoas que pagam os impostos, enquanto pessoas que deixam taxas, deixam dinheiro nas mãos do governo para que ele possa gerir essa estrutura (informação verbal).

Não há nada que estabeleça as pessoas, enquanto contribuintes, como integrantes do SUS. Elas fazem parte do SUS como usuárias, com acesso garantido pelo princípio da universalidade, que assegura a todos o direito de utilizar o sistema de saúde.

As secretarias de saúde e/ou o Ministério da Saúde, órgãos encarregados da coordenação desse sistema, foram apontados como parte do SUS por cinco jornalistas. O entrevistado 5 recordou que as secretarias são subdivididas em coordenações e que elas são responsáveis por distribuírem a verba destinada ao setor.

Secretarias estaduais e municipais de saúde que têm seus órgãos subdivididos: Coordenação de saúde da mulher, coordenação de saúde da criança, e que recebem o repasse federal, fazem a distribuição dessas verbas, promovem o funcionamento de todo o aparelhos; dos hospitais, dos postos, das unidades de saúde da família, enfim, de toda a máquina pública da saúde (informação verbal).

O jornalista 9 citou entre as instituições a secretaria de saúde e incluiu em sua resposta o Programa Saúde da Família: “Secretaria de saúde, os hospitais, policlínicas, o programa de Saúde da Família, os Caps. Todos os órgãos que envolvem, policlínicas, todos que envolve a questão de saúde” (informação verbal).¹⁷

Dois jornalistas, um atuante em jornal e outro em TV, não souberam, assumidamente, responder à questão, tendo um deles, o de número 2, imitado um pato – “*kuem, kuem*” - para representar seu desconhecimento. O de número 8 afirmou: “Isso realmente eu não tenho informações detalhadas sobre o que é que forma o Sistema Único de Saúde. Não sei quais são as instâncias”.

Também demonstrando desconhecimento de como é constituído o SUS, o entrevistado 6 respondeu comparando o SUS a um plano de saúde e dizendo que ele faz parte de algo maior que ele não soube explicar o que seria. “[...] Eu vejo o SUS como um grande plano de saúde. Eu nem sei se está correto, mas ele faz parte dessa cadeia de coisas. É como se fosse algo maior. Não sei dizer se tem outra coisa na sua essência, não sei, não sei”.

O jornalista de número 7 foi outro a demonstrar não saber a resposta ou não tê-la entendido. Ele respondeu à pergunta abordando informações referentes à criação do SUS, seu financiamento e a co-responsabilidade de estados, municípios e da União na gestão do sistema. Porém não citou instituições que formam o sistema de saúde.

Como é constituído o SUS? Em que sentido? Como eu estou te falando, eu não sou setorista da área. O conhecimento básico que eu tenho, como a gente lê, como jornalista, eu tenho que me manter informado. Sobre o que eu já li a respeito, o SUS foi criado a partir da constituição de 88, gerido pela união, não é? Que, se eu não me engano, reserva metade dos recursos, 50% dos recursos do SUS vem da União e a outra metade fica a cargo dos estados e municípios. Agora os municípios são responsáveis para que dê essa assistência médica a sua população. Então eu acho que todos os entes da federação, União, estados e municípios têm a responsabilidade nessa gestão do SUS. Obviamente a União com a maior parte e os estados e os municípios com a menor parte em termos de recursos (informação verbal).

Dentre as afirmações feitas por esse jornalista, uma precisa ser retificada. As demais estão corretas. Trata-se da informação de que 50% dos recursos do SUS são oriundos da União e a outra metade de estados e municípios. Segundo dados do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (Siops), de 2000 a 2004 as despesas da União com ações e serviços de saúde eram superiores à soma das despesas feitas por estados e municípios. No ano de 2003, o investimento do Governo federal correspondeu a 51,1% e, em

¹⁷ - Entrevistado 9

2004, a 64,9%, por exemplo. Porém, desde 2005, esse quadro se inverteu e o percentual de despesas de estados e municípios aumenta a cada ano. Nesse ano o investimento da União foi de 49,7% e os das outras esferas de gestão de 50,3%. Em 2006, o percentual da União ficou em 48,4% e o dos estados e municípios em 51,6%. Já em 2008 eles chegaram a 35,7% e a 64,3%, respectivamente. Confira a tabela abaixo com os valores de recursos aplicados.

Tabela 1 – Despesas por esfera de gestão

Despesas com Ações e Serviços Públicos de Saúde - segundo esfera de governo: 2000 a 2008 (em R\$ milhares correntes)

Ano	Federal	Estadual	Municipal
2000	20.351.492	6.313.436	7.370.539
2001	22.474.070	8.268.296	9.290.321
2002	24.736.843	10.278.420	12.029.372
2003	27.181.155	12.144.792	13.765.417
2004	32.703.495	16.028.249	16.408.719
2005	37.145.779	17.236.138	20.281.227
2006	40.750.155	19.798.770	23.555.008
2007	44.203.497	22.566.270	26.368.683
2008	50.270.290	27.926.885	32.267.633

Fonte: Brasil (2011)

É necessário ressaltar que, assim como no caso do entrevistado 7, que começou sua resposta com uma pergunta por não ter entendido a pergunta, o mesmo se deu com mais cinco pessoas, como o jornalista 10 [depoimento abaixo]. Essa situação leva a questionar se a pergunta não deveria ter sido formulada de outra forma para facilitar o entendimento deles. Porém, por outro lado, faz refletir que dois terços dos entrevistados responderam a questão sem precisar de esclarecimentos.

Como assim? O SUS? O SUS ele é regido pelo Ministério da Saúde e coordenado através dos estados e municípios. Uma parceria entre o governo federal, o governo estadual e através de secretarias de saúde de estado e de município que mantêm hospitais públicos, unidades públicas de saúde. Aqui no estado, agora, a gente tem as UPAs (informação verbal).

A análise das respostas mostra que as unidades de assistência são as mais lembradas pelos jornalistas como instituições componentes do SUS em prejuízo as demais. Instituições de controle de qualidade, como a vigilância sanitária, de produção de insumos, medicamentos, de sangue e hemoderivados, e de equipamentos para saúde passaram despercebidas entre todos os entrevistados, demonstrando que eles relacionam o sistema público de saúde mais com a assistência e não percebem a amplitude dessa política de saúde. Dois jornalistas não saberem declaradamente responder a questão e outros dois terem abordado assuntos diferentes em suas respostas é mais um aspecto negativo encontrado nessa análise. Foi positivo alguns

deles apontaram nessa pergunta os responsáveis pelo sistema em cada esfera de governo, antecipando a resposta da próxima questão.

4.2.3 Responsáveis pelo SUS

Em relação à responsabilidade do sistema, um pouco mais de um terço dos entrevistados defenderam que os responsáveis pelo SUS são os governos federal, estadual e municipal. Essa opinião vai ao encontro do art. 9º da lei 8.080, que diz:

A direção do Sistema Único de Saúde (SUS) é única, de acordo com o inciso I do art. 198 da Constituição Federal, sendo exercida em cada esfera de governo pelos seguintes órgãos: I - no âmbito da União, pelo Ministério da Saúde; II - no âmbito dos Estados e do Distrito Federal, pela respectiva Secretaria de Saúde ou órgão equivalente; e III - no âmbito dos Municípios, pela respectiva Secretaria de Saúde ou órgão equivalente (BRASIL, 1990).

O entrevistado 1 acredita que há uma subordinação entre as três esferas de gestores em relação à oferta de atendimento. “O Governo Federal, o governo do estado, as prefeituras. Eu acho que tem, que existe uma hierarquia dentro do SUS que vai desde o Governo Federal e vai baixando para os estados e para as prefeituras para dar o atendimento à população”.

Segundo as normas que regem o sistema público de saúde no Brasil, o atendimento no SUS funciona de modo descentralizado, pois cada município controla seu sistema de saúde, e hierarquizado. Como muitas cidades não têm condições de oferecer todos os serviços de saúde, elas formam parcerias entre si e com o estado. Assim, para cada tipo de atendimento, dependendo do grau de complexidade, há um local de referência para onde o usuário é encaminhado.

O jornalista 7 incluiu entre os responsáveis pelo SUS os gestores do poder legislativo, sob a justificativa de que são eles os criadores das leis aplicadas a esse sistema.

Bom, os responsáveis pelo SUS são todos os governantes das esferas federal, estadual e municipal. Todos, não só os do executivo, mas principalmente os que legislam porque a partir deles é que vêm as leis, os recursos, as liberações de verbas, o fortalecimento desse sistema (informação verbal).

Em sua resposta, o entrevistado 16 explicou e exemplificou por que cada esfera de gestão tem responsabilidade com o sistema público de saúde, além de ter criticado o processo de municipalização da saúde.

Eu acho que todo mundo, os três governos são responsáveis pelo SUS. Eu acho que o governo federal, na medida em que ele repassa verbas, o governo estadual porque ele também tem uma contrapartida e gerencia e administra alguns hospitais, campanhas de prevenção à saúde, por exemplo. E os governos municipais, porque eles também administram o repasse de verbas, das verbas que eles recebem e também têm a obrigação de prover a rede pública municipal de médicos, de exames, de um suporte que faça com que as pessoas não precisem recorrer aos grandes hospitais para terem a saúde. Essa tal municipalização que é motivo de tantas críticas e que a gente percebe no dia a dia que não funciona (informação verbal).

Seis jornalistas atribuíram a responsabilidade pelo SUS exclusivamente ao Governo Federal. Quatro desses citaram o Ministério da Saúde diretamente. Afirmou o entrevistado 15: “O Ministério, o governo Federal” (informação verbal)¹⁸. O jornalista 11 falou de responsáveis e irresponsáveis pelo SUS, embora não tenha especificado quem estaria entre esses últimos. Ao MS, classificado como responsável, ele atribuiu, erroneamente, a administração dos impostos aplicados na saúde sem dar maiores detalhes sobre essa questão.

Bom, quem é o responsável pelo SUS é o governo. Os responsáveis e os irresponsáveis também. Tem infelizmente os irresponsáveis, mas os responsáveis, nessa característica, começa com o Ministério da Saúde, que é quem administra as verbas dos impostos que nós pagamos (informação verbal).

A responsabilidade pelo SUS foi relacionada aos governos federal e estadual por dois entrevistados. O de número 18 crê que a administração federal repassa recursos para a gestão estadual - para ele, o principal administrador - que entrega para as unidades próprias do sistema e para as conveniadas.

Eu acho que o Governo Federal junto com o governo estadual. O SUS, ele é bancado, ele recebe verba federal, que é administrada pelo governo do estado, que assim repassa para os hospitais, tanto os conveniados como os da rede SUS de saúde. A prefeitura não participa. Dessa forma eu acredito que não, ela não recebe verba do SUS, eu acho. Eu acho que é uma coisa mais estadual mesmo (informação verbal).

O jornalista 12 indicou como encarregados dessa tarefa os gestores e os trabalhadores do setor, sejam elas pessoas que trabalham na recepção da unidade de assistência ou os encarregados de criar políticas públicas.

Eu acho que são os gestores. Os gestores e os profissionais que fazem esse sistema de saúde andar. Aí eu falo, são desde a menina que trabalha numa

¹⁸ - Entrevistado 15

recepção ou que trabalha na limpeza das áreas onde essas pessoas são atendidas, passando pelas pessoas que fazem serviços de programa de saúde da família, até mesmo o gestor enquanto político. Eu acho que todo esse universo de pessoas é responsável por esse sistema. Seja pela tomada de decisões, seja por pensar o sistema, ou seja, pra fazer com que tudo isso que foi pensado, tudo isso que está sendo gerido possa de fato ser executado, que aconteça (informação verbal).

Duas outras pessoas, o 9 e 13, apontaram apenas “o governo” como responsável por esse sistema.

Dos 18 entrevistados, mais da metade deles erraram a resposta por atribuir a responsabilidade pelo SUS a uma ou duas esferas de gestão ou por terem indicado o governo, de forma geral, como responsável. Foi interessante constatar a opinião de entrevistados que apontaram também como responsáveis pelo SUS – embora que essa responsabilidade seja indireta - os legisladores e os profissionais ligados a esse setor.

4.2.4 Direito ao SUS

Foram encontradas quatro respostas diferentes para a pergunta “Quem tem direito a ser atendido?”. A maioria – exatamente doze pessoas – afirmou que todos têm direito de ser atendidos pelo SUS. Nesses casos não foram especificadas distinção de nacionalidade ou renda entre os usuários. O jornalista 1 lembrou que o SUS é um direito inclusive dos que não pagam previdência, em referência ao sistema de saúde vigente no país antes da Constituição de 1988, que restringia o acesso à saúde pública aos trabalhadores de carteira assinada. “Todo mundo, independente de pagar a previdência, de contribuir com a previdência, tem direito a ser atendido pelo SUS a população inteira”.

Em sua resposta, o entrevistado 9 enfatizou a necessidade de o sistema ser parâmetro de qualidade e não fazer distinção dos usuários. “Todo mundo. É um direito público. Não tem que ter discriminação, não. Tem que ter referências [...] É para todos”. O 13 destacou ser um direito de todos os cidadãos brasileiros. “Eu creio que todo mundo. Todos os brasileiros têm direito ao SUS. Todo ele”.

Para três desses 12 jornalistas, o direito de todos ao SUS não é respeitado na prática, no dia a dia do sistema, ficando restrito ao campo teórico. O entrevistado 7, por exemplo, acredita que dificuldades vividas pelo sistema excluem usuários desse direito.

É como eu estou te falando. O ideal, quem tem direito? Todos os cidadãos. Todos os cidadãos têm direito de atendimento ao SUS. Agora o ideal é que

todos fossem atendidos e na prática não são atendidos pelos fatores falta de equipamentos, falta de recursos, falta de médicos, falta de medicamentos, falta de profissionais (informação verbal).

O jornalista 16 alegou que em tese todos têm direito ao SUS, incluindo aqueles que pagam plano ou seguro saúde, uma vez que o SUS é mantido com verbas de impostos pagos pela população. E justificou o pagamento de planos de saúde como a busca por acesso a serviços de qualidade, embora essa qualidade almejada, hoje, seja questionável, diante das inúmeras queixas feitas pelos usuários do sistema privado. No ano passado, o setor de planos de saúde liderou as reclamações feitas ao Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor (Idec) (MELLO, 2011).

Todo cidadão, inclusive aqueles que têm plano de saúde. Em tese todas as pessoas, já que os recursos à saúde, eles são obtidos dos impostos que são pagos, de todas as contribuições que as pessoas no país inteiro, de várias formas, dão. Então eu acho que o direito à saúde é de todas as pessoas, inclusive daquelas que pagam planos de saúde. As pessoas pagam planos de saúde para terem um acesso mais rápido e que as pessoas entendem, e infelizmente é verdade, como um acesso à saúde de qualidade. E aí elas pagam um plano, mas o direito ao SUS é de todo cidadão (informação verbal).

Dois jornalistas restringiram a assistência à população brasileira. “Todo mundo. Pelo que se entende todo mundo tem direito. Todo cidadão do país, no caso do Brasil especificamente, todo cidadão brasileiro tem, deve ter direito a esse acesso”, afirmou o entrevistado 4.

Três relacionaram o direito a brasileiros e a estrangeiros. Para o entrevistado 8 o acesso de estrangeiros ao SUS torna esse sistema diferente dos existentes em outros países.

Todos. Todos os brasileiros e eu acredito que não só brasileiros. Eu acredito que é um sistema diferente em relação ao de outros países, que até pessoas de outros países podem ter acesso a esse sistema de saúde. É um sistema de saúde que o modelo dele é muito elogiado por ser democrático, apesar das deficiências (informação verbal).

Um único jornalista, o 2, crê que o Sistema Único de Saúde foi criado para atender a população carente, que não pode pagar plano ou seguro de saúde, desconhecendo que o SUS é um direito de todos, como descrito na CF. “Eu creio que toda a população de baixa renda que não teria como pagar ao médico e recorre ao SUS”.

Com exceção desse último entrevistado, todos os demais acertaram suas respostas. Alguns deles se mostram críticos não sobre o direito de todos ao SUS, mas sobre as condições

do sistema para que esse direito ocorra de forma concreta. Outro ponto que merece destaque é lembrança de que o SUS pode ser usado inclusive por estrangeiros, diferentemente de outros países com sistema de saúde universal, como o Canadá, que só é acessível para cidadãos locais e imigrantes legais. Turistas estrangeiros pagam pelos serviços. Das quatro perguntas formuladas nesse tema, essa última foi a que obteve o maior número de respostas corretas ou dentro do esperado.

4.3 Tema Gestão

4.3.1 Financiamento da Saúde

“De onde vem o dinheiro para o SUS?” Feito esse questionamento aos participantes da pesquisa, os impostos foram a fonte de recursos mais lembrada por eles como resposta. Apenas três deles não citaram essa contribuição.

Quatro jornalistas disseram apenas que o dinheiro aplicado no Sistema Único de Saúde vem de impostos pagos pela população. Esse foi o caso do entrevistado 17. “Dos impostos que nós pagamos”. O jornalista 8 concordou, afirmando que a população paga para ter acesso ao SUS. “Do contribuinte, da população que paga impostos. É a gente que financia esse sistema para que ele possa ajudar, para que a população tenha acesso a ele”.

A idéia mais comum entre os entrevistados é que o dinheiro vem de impostos e do Governo Federal/União. Estados e municípios não contribuem com verbas próprias. “Dos recursos federais, de impostos”, declarou o jornalista 2. Sem certeza do que afirmava, o entrevistado 10 fez a mesma colocação. “Vem dos impostos, não é? Parte do Ministério da Saúde. Vem do governo federal, não é? Vem do governo federal [...] Esse dinheiro deve vir dos impostos”.

O jornalista 3 explicou que o dinheiro dos impostos é repassado pelo Governo Federal para as outras esferas de gestão do SUS, o que está correto, e dos estados para os municípios, nesse caso um equívoco já que os repasses da União são feitos diretamente do Fundo Nacional de Saúde (FNS) para os fundos estaduais e municipais de saúde. “Dos impostos pagos pelos cidadãos, mas aí é distribuída uma verba geral pelo governo federal que é repassado para o governo estadual, que vai repassar aos seus municípios e para as próprias unidades que são cuidadas pelo governo”.

O 9 também abordou o repasse de verbas, porém ele acredita, erroneamente, que esse processo é encerrado na transferência para o estado. Disse ele: “Dinheiro é dos impostos que a

gente recebe, que no caso o cidadão comum paga ao governo e aí desse governo é repassado para as secretarias de saúde pública do estado”.

Para o entrevistado 18, os recursos do SUS são oriundos de impostos administrados pelo governo federal, principalmente, e do governo estadual. Em sua fala ele deixa transparecer dúvida quanto à questão ou não ter pensado sobre ela anteriormente, pois primeiro acha que a verba é federal e depois conclui que é federal e estadual.

Dos nossos impostos, né? Nós pagamos, mas vem do governo federal, ele administra esse dinheiro lá em cima. Aí tem todos aqueles impostos, tem, enfim, essas coisinhas que eles fazem para tirar esse dinheiro, mas é federal o dinheiro do SUS. Eu acredito que é federal e estadual, mas eu acho que a maior parte dele é federal (informação verbal).

Já outro jornalista, o 14, expôs que o dinheiro aplicado no sistema público de saúde é procedente da esfera estadual, exclusivamente: “Eu acredito que seja do governo estadual”.

O entrevistado 7 foi o único a lembrar que, além dos estados e da União, o município contribui com o financiamento do SUS. Em sua resposta ele citou tipos de impostos que compõem a receita aplicada nesse setor

Bom, o dinheiro pro SUS. Bom, vem dos recursos dos cofres do governo federal através dos impostos. Na esfera estadual [...] os recursos da saúde, que eu saiba, vêm de pagamento de impostos, o IPVA, o ICMS. E na esfera municipal, do IPTU, do ISS. Eu acho que é por aí (informação verbal).

O financiamento do SUS é uma responsabilidade comum dos três níveis de governo. Em 2000, a aprovação da Emenda Constitucional nº 29, de 13 de setembro, determinou a co-participação da União, dos estados, do Distrito Federal e dos municípios no financiamento das ações e serviços de saúde pública, e estabeleceu o mínimo a ser aplicado no setor por cada uma dessas esferas de gestão.

Os gastos da União devem ser iguais aos do ano anterior, corrigidos pela variação nominal do Produto Interno Bruto (PIB). Os estados devem assegurar 12% de suas receitas para o SUS e os municípios necessitam aplicar pelo menos 15%.

As receitas dos estados são compostas por:

- a) impostos estaduais. São eles: Imposto sobre a Propriedade de Veículos Automotores (IPVA), Imposto sobre Circulação de Mercadorias e Prestação de Serviços (ICMS) e Imposto de Transmissão Causa Mortis e Doação (ITCMD);

- b) transferências da união: cota-parte do Fundo de Participação dos Estados (FPE), cota-parte do Imposto Sobre Produtos Industrializados (IPI) - Exportação, transferências da Lei Complementar nº 87/96 – Lei Kandir;
- c) imposto de renda retido na fonte;
- d) outras receitas correntes: receita da dívida ativa de impostos e multas, juros de mora e correção monetária de impostos.

Desse total devem ser subtraídas as transferências constitucionais e legais que são feitas aos municípios: 25% do ICMS, 50% do IPVA e 25% do IPI Exportação. O cálculo do valor que o estado deve empregar na saúde é feito com base na seguinte conta $(a+b+c+d-e) \times 0,12$. (BRASIL, 2006, p. 10-11)

As receitas dos municípios são formadas por:

- a) impostos municipais: Imposto Predial e Territorial Urbano (IPTU), Imposto de Transmissão de Bens Imóveis (ITBI) e Imposto Sobre Serviços de Qualquer Natureza (ISS);
- b) transferências da união, que são a cota-parte do Fundo de Participação dos Municípios (FPM), cota-parte do Imposto sobre a Propriedade Territorial Rural (ITR) e transferências da Lei Complementar nº 87/96 – Lei Kandir;
- c) imposto de renda retido na fonte;
- d) transferências do estado: cota-parte do ICMS, cotaparte do IPVA e cota-parte do IPI-Exportação.
- e) outras receitas correntes são: receita da dívida ativa de impostos, multas, juros e correção monetária de impostos.

Para calcular quanto o município deve gastar é necessário fazer a seguinte conta $(a+b+c+d+e) \times 0,15$. No caso do Distrito Federal deve-se somar tanto a conta feita para os gastos estaduais quanto o resultado para gastos municipais. (BRASIL, 2006, p. 11-12)

Os recursos federais são repassados a estados e municípios por transferências diretas do Fundo Nacional de Saúde aos fundos estaduais e municipais. Eles são organizados e transferidos em cinco blocos de financiamento, conforme as especificidades das ações e dos serviços de saúde pactuados.

- I - Atenção Básica;
- II - Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar;
- III - Vigilância em Saúde;
- IV - Assistência Farmacêutica; e
- V - Gestão do SUS (BRASIL, 2006).

Dos 18 entrevistados, dois deles creem que entram no financiamento do SUS outras fontes de recursos, além das acima citadas. Como exemplo, falaram de investimentos estrangeiros em pesquisa ou fomento, embora estejam errados. O jornalista 12 acha que a origem do dinheiro do SUS é uma questão controversa, levantando suspeita de irregularidade no uso da verba da saúde. Alega também ser variada a fonte de recursos.

Olha, isso daí é uma questão controversa. Eu acho. Eu não sei se minha forma de pensar tem a ver pelo fato da profissão que eu exerço, que deixa a gente um pouco mais cético e desconfiado para todo, está entendendo? Na minha cabeça funciona que ele vem de verba que é destinada para a saúde. E verba essa que vem de diversos meios. Verba que está no imposto que você paga, verba que está numa responsabilidade que é do próprio governo, investimentos aí de outros países ou empresas no sistema, seja como título de pesquisa, seja como fomento, o que quer que seja nesse sentido. Mas a princípio eu acho que é do poder público enquanto gestor de uma máquina maior (informação verbal).

De acordo com o artigo 32 da Lei 8.080, são considerados de outras fontes os recursos provenientes de serviços que possam ser prestados sem prejuízo da assistência à saúde; alienações patrimoniais e rendimentos de capital; ajuda, contribuições, doações e donativos; taxas, multas, emolumentos e preços públicos arrecadados no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS); e rendas eventuais, inclusive comerciais e industriais (BRASIL, 1990).

Nenhum dos jornalistas apontou que recursos do orçamento da seguridade social são aplicados no SUS, assim como está estabelecido no parágrafo 1º do artigo 198 da CF: “O sistema único de saúde será financiado, nos termos do artigo 195, com recursos do orçamento da seguridade social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes” (BRASIL, 1988).

É necessário destacar, ainda, que um deles, o jornalista 6, arriscou falar dos percentuais de contribuição das gestões, embora tenha abordado somente a cota da União. Ele disse não saber, assumidamente, quanto era exatamente esse percentual. “[...] O valor eu não sei te dizer com certeza absoluta. Melhor: eu não sei dizer. Imagino uns 3% a 5%, eu acho. Mais vinte sei lá por cento”.

Atualizados com o noticiário da saúde, cinco jornalistas lembraram da proposta do Governo de criar a Contribuição Social da Saúde (CSS) e da extinta Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira (CPMF). O jornalista 16 disse ser contra a CSS.

Eu imagino que o dinheiro para o SUS venha dos impostos, das taxas. Até um tempo desse vinha da contribuição que a gente já chamou de imposto do

cheque, [...] o CPMF, que agora talvez seja o imposto social da saúde. Sei lá o quê que isso vai ser, mas isso seria uma coisa extra com a qual eu não concordo porque eu acho que a gente já contribui com impostos, com taxas, com tudo que o governo federal arrecada para gerir o país nas suas mais diversas áreas: saúde, educação, estrada, transporte [...] É a gente que financia essa saúde e que por razões de má gestão a gente sabe que falta recurso e não é da forma como a gente sonha e a gente paga para tê-la. Até porque a gente não sabe direito quanto a gente paga. A gente só sabe que paga (informação verbal).

O desconhecimento de todos eles sobre o investimento de recursos da seguridade social na saúde, assim como o fato de apenas dois deles citarem a existência de outras fontes de recursos, e apenas um apontar que o setor público é financiado com dinheiro de impostos, mediante recursos provenientes das três esferas de gestão mais o distrito federal, mostra que esses profissionais sabem pouco sobre o financiamento do SUS.

Tal fato compromete a elaboração e o desenvolvimento de pautas e reportagens que envolvam a questão financeira da saúde, seja a matéria sobre o atraso no repasse de verbas ou a falta de dinheiro para a compra de medicação, por exemplo. Nesses casos, há chances de serem geradas reportagens superficiais, que fiquem restritas apenas ao fato em questão, sem esclarecer ao público como se dá o processo de financiamento do sistema público de saúde brasileiro. Assim, perdem o SUS e o jornalismo.

4.3.2 Controle Social

Sobre a questão “Qual o controle social existente no SUS?”, um pouco mais de um terço dos entrevistados acredita que este é um movimento tímido, mínimo ou inexistente no Sistema Único de Saúde. A jornalista 9, para exemplificar sua opinião, lembrou que diretores de hospitais públicos são nomeados e não eleitos, e que não existe consulta à população sobre a qualidade do atendimento dos serviços de saúde e o que deve ser melhorado.

Como assim? Eu acho que não existe tanto. Não existe votação para diretor, eles são sempre nomeados pelo governo, então é uma questão muito mais política [...] Eu acho que não tem essa coisa participativa da sociedade para decidir nada da questão da saúde. Não vejo ninguém perguntar ao paciente se ele está sendo bem atendido e o que ele acha que deve melhorar ali. Se perguntassem, eu acho que não precisaria nem perguntar a cem pessoas, se perguntassem a cinco, todos iriam reclamar (informação verbal).

A fala dessa entrevistada revela verdades e inverdades sobre o SUS. A verdade está no fato de dirigentes de hospitais públicos serem nomeados pelo gestor municipal ou estadual.

No caso dos hospitais ligados ao Ministério da Saúde, essa escolha cabe ao ministro da saúde e, nos hospitais universitários, ao reitor. Não há, no país, nenhuma lei que determine a escolha dos dirigentes de unidades de saúde por meio do voto. Nas unidades onde isso ocorre esta é uma decisão do gestor maior da instituição. Quanto a realizações de pesquisa sobre a qualidade do atendimento, essas são feitas por instituições de pesquisa, universidades, ongs e pelo próprio governo.

Para o entrevistado 10 não há controle social, porque ele desconhece quem o faça. “Como assim? Se a sociedade tem a participação? Não. Se existem órgãos da sociedade que fazem o controle? Não. Que eu tenha conhecimento, não”, disse ele. Essa colocação suscita duas observações: 1º) O entrevistado desconhece os conselhos de saúde e as conferências de saúde, instâncias colegiadas formais de controle social do SUS. 2º) Os conselhos de saúde ainda não são de todo conhecidos da população, sendo suas atuações questionáveis.

Para Correia (2000) controle social envolve a capacidade que a sociedade civil tem de interferir na gestão pública, orientando as ações do Estado e os gastos estatais na direção dos interesses da coletividade. No Brasil, essa interferência no setor saúde é assegurada pela lei 8.142/1990, que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e dá outras providências.

De acordo com a citada lei, o SUS conta, em cada esfera de gestão, com duas instâncias colegiadas: o conselho de saúde e a conferência de saúde. O conselho de saúde tem caráter permanente e deliberativo, sendo composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários - estes ocupam 50% das cadeiras do conselho e os outros segmentos, os demais assentos. Eles atuam

na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões serão homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera do governo (BRASIL, 1990).

A existência desse conselho é condição obrigatória para que municípios, estados e o Distrito Federal recebam recursos do Fundo Nacional de Saúde (FNS). A conferência de saúde acontece a cada quatro anos com a representação dos vários segmentos sociais, para avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde nos níveis correspondentes. Elas são convocadas pelo poder executivo ou, extraordinariamente, pelos conselhos de saúde.

O entrevistado 16 foi outro a negar a prática dessa atividade, pois não vê ela ser exercida, embora no seu trabalho constate uma série de problemas vividos pelos usuários do SUS. Diz também que ele mesmo não sabe a quem cobrar soluções.

Eu não vejo nenhum. Trabalhando como jornalista, eu não tenho como acompanhar isso. As matérias que eu faço são todas, eu só pego a ponta. A ponta é ir ao posto de saúde onde falta dentista, onde falta ginecologista, onde tal médico entrou de férias e não tem ninguém para substituir. Eu vejo o problema na ponta, mas eu não sei, por exemplo, quanto aquela unidade recebe, como é que se dá a gestão daqueles recursos que são repassados. Até quando falta a vacina, a gente não sabe direito a quem se reportar. A gente se reportar à secretaria municipal, que diz que recebe da coordenação estadual da campanha de imunização, que diz que recebe do governo federal e que diz que repassa para os municípios e que os municípios é que não distribuem muito bem isso (informação verbal).

As organizações não governamentais e a imprensa foram apontadas como as executoras do controle social no SUS por quatro jornalistas. No caso do entrevistado 2, esse papel foi atribuído à Associação de Defesa dos Usuários de Seguros, Planos e Sistemas de Saúde (Aduseps), ainda que ele tenha dúvida se essa entidade faz a defesa da saúde pública, nem ter citado outras instituições ou instâncias que tenham essa finalidade. Apesar dessa incerteza, ele diz saber que há movimentos de oposição. “Acho que tem a Aduseps, mas não lembro se é diretamente ao SUS. Eu sei que tem vários movimentos aqui que são contrários a algumas normas [?]”, disse.

O jornalista 5 indicou a ouvidoria - espaço onde podem ser feitas reclamações, sugestões, denúncias, solicitações e elogios, bem como para solicitar informações relativas à saúde, mas sem caráter executivo e deliberativo - como entidade de controle social. Ele crê que nessa instância o usuário pode fazer conhecer seu problema, se não tiver seu atendimento realizado, e acompanhar o trabalho do serviço.

O que você quer dizer com isso? Ah, tá! Existe uma ouvidoria. Aliás, eu não sei se existe na instância federal, mas eu sei que nas instâncias municipais, pelo menos no Recife existe, acho que no estado também, as ouvidorias em que a população pode monitorar o trabalho. Se não for atendido de alguma forma, pode repassar a informação a quem compete resolver, aos órgãos de gestão da saúde, para que os problemas sejam sanados (informação verbal).

A imprensa recebeu a atribuição de órgão de controle social dos jornalistas 6 e 12. O primeiro iniciou sua fala questionando se podia fazer uma *mea culpa* e, em seguida,

verbalizando ser fácil fazer reportagens sobre saúde porque esse é um setor com muitos problemas, que refletem diretamente na população, sendo fácil falar mal dele.

Faltou senha para as pessoas de manhã no ambulatório do HR, vai ter gente, já vai ter confusão. É óbvio, é a saúde das pessoas. Quem está doente não pode esperar, tem pressa. Então é uma pauta fácil para a gente. É só tipo ligou pra cá, vai ter confusão, a gente vai lá e faz (informação verbal).

Ele continuou sua resposta, dizendo que a imprensa faz o controle social, sim, mas que criticar por criticar, sem conhecimento do assunto, provoca perda de força neste setor que é considerado o quarto poder no Brasil.

Eu acho que da nossa parte, até por desconhecimento, eu acho que você vai conseguir comprovar isso na sua pesquisa, por desconhecimento de como essa máquina é gerida, a gente às vezes critica demais [...] uma crítica que às vezes não ajuda. É uma discussão. Obviamente de alguma maneira é fiscalizar. A gente faz esse controle social de alguma maneira, mas às vezes eu acho que a crítica só pela crítica, ela perde até a força.

Para ilustrar o desconhecimento citado, o jornalista contou um erro cometido pela equipe na qual trabalhava. De acordo com ele, um cinegrafista disse ter feito o flagrante de uma mulher que, depois de atendida no chão de uma grande emergência, foi levada para dentro da unidade, carregada num lençol, por um segurança. A imagem foi exibida várias vezes durante o programa sob o comentário de que aquilo era um escândalo. Em seguida o telefone tocou e a assessoria de imprensa da unidade informou que o homem da imagem era o maqueiro e não o segurança. Sob seu erro ele comentou:

É uma imagem meio forte, mas é um procedimento normal, não é um absurdo. E a gente passou o jornal inteiro, o programa inteiro falando mal disso, uma coisa que na verdade não era um problema. Claro que não era a estrutura ideal [referência ao lençol usado para substituir a maca] (informação verbal).

O segundo entrevistado a apontar a imprensa como entidade de controle social deu as ongs essa mesma responsabilidade. Ele afirma que o controle se dá de forma maior quando há a necessidade de ele se fazer perceber.

Eu acho que é mínimo esse controle e ele se torna um pouco maior quando ele busca meios de fazer essa necessidade de ele ecoar. E eu acho que os meios hoje são as algumas organizações não-governamentais e em grande parte a imprensa. Eu acho que o sistema público de saúde não é pior por causa do trabalho da imprensa (informação verbal).

Ainda que os conselhos e as conferências de saúde sejam os mecanismos formais de controle social neste setor, somente dois jornalistas fizeram referências a eles. O jornalista 1 foi o único a falar das conferências e dos conselhos de saúde, dizendo inclusive quem as integra.

Rapaz, eu sei que existe um grupo, as pessoas fazem parte, o usuário faz parte de conselho de saúde, de conferências de saúde. Existe um controle social da população quando ela participa dos conselhos. No SUS eu acho que tem um conselho de que faz parte o trabalhador, que faz parte o usuário, que faz parte o Governo. E a população está representada e faz essa... a palavra eu esqueci agora, esse controle, isso (informação verbal).

Já o entrevistado 4 lembrou apenas dos conselhos de saúde, espaço onde, de acordo com ele, representantes de segmentos apontam problemas do sistema e pedem soluções. Ele acredita que o controle social é ainda uma experiência pouco existosa, com “algumas iniciativas”.

Olha, existem alguns, me parecem que existem algumas iniciativas nesse sentido de controle social, mas eu acho que isso deixa muito a desejar ainda. Esses conselhos que existem nos estados, por exemplo, existe conselho municipal, existe conselho estadual, me parece que existe conselho federal que é formado por diversos segmentos da sociedade e que se reúne com uma certa frequência pra discutir essa questão, pra cobrar ações, enfim, pra denunciar problemas. Essa pelo menos é a estrutura de que eu tenho conhecimento, não sei se na prática funciona realmente, mas funcionaria dessa forma (informação verbal).

Um entrevistado, o 8, disse de forma curta e objetiva não saber qual o controle social existente no SUS, mas que deve ter algum conselho que controla. “Controle social eu não sei. Deve ter algum conselho que controla, mas eu não tenho ideia”. O jornalista 7 respondeu sem entender o questionamento e afirmou caber às classes C, D e E, que utilizam o SUS por não poder pagar planos ou seguros de saúde, lutar por melhorias nesse sistema. Ele se excluiu dessa batalha.

O controle social existente no SUS (pensativo). Eu acho que a partir do momento em que a população, eu não sei se é isso que você quer saber, a partir do momento em que a população reivindica melhorias no Sistema Único de Saúde, já é uma forma de reivindicar melhorias porque na realidade são eles que utilizam. Principalmente a população de baixa renda que a gente sabe que, hoje, no Brasil, para você ter um plano de saúde não é todo mundo que tem condição. Uma parcela mínima da população tem condições de pagar 200, 300 reais de mensalidade ao plano de saúde. Então

quem usufrui do SUS, infelizmente a maioria esmagadora da classe C, D, E, é que tem que pleitear melhorias no SUS, enfim (informação verbal).

Outros dois entrevistados, assim como o 7, também abordaram outros temas relacionados ao SUS para responderem sobre controle social. Demonstrando espanto com a pergunta, o jornalista 11 confundiu controle social com acesso à saúde e falou que, embora o SUS seja para todos, há desfavorecimento entre as classes sociais mais baixas, que enfrentam dificuldades de comunicação e de atendimento.

O controle social existente no SUS?! Eu acho que é pra todos, mas nem todos conseguem ter o acesso ao SUS, pelo que eu disse já numa das primeiras respostas. Eu acho que às vezes falta não só informação, porque, de repente, a pessoa não tenha um telefone para poder ligar, pra saber. Que bom seria, né? Seria o primeiro mundo a gente ligar, olha eu não estou bem e eu quero marcar uma consulta. Mas a pessoa se desloca. E eu vejo isso porque eu trabalho todos os dias com reportagens que voltam à comunidade, mostrando comunidade e a gente percebe que às vezes a pessoa fica três, quatro horas na fila e não consegue atendimento. Vários dias esperando por atenção e essa divisão entre as classes A, B, C, D e E [...] O SUS, ele é voltado para todos, mas você já viu alguém da classe A numa fila de atendimento pra conseguir um médico? (informação verbal).

O 17 inferiu que a pergunta se referia à qualidade do serviço de saúde. Para ele, se o serviço for bom, a saúde da população será boa.

Bom, o controle social que eu entendi da sua pergunta é em relação à qualidade do que é oferecido. Se você tem a saúde colocada como deveria ser, no sentido de prestar um serviço de boa qualidade à população, você vai ter um controle em relação à qualidade de vida, à longevidade, à questão das doenças, todo esse controle em relação à nutrição, em relação ao bem-estar do cidadão, aos idosos. Ele vai ter como construir um mapa estatístico para saber como anda a população daquele país (informação verbal).

Das 14 perguntas feitas aos participantes desta pesquisa, foi esta sobre o controle social a que mais suscitou dúvida entre eles. Lançado o questionamento “qual o controle social existente no SUS?”, oito jornalistas iniciaram suas falas com outra pergunta, solicitando esclarecimento, o que revela que eles não sabiam do que se tratava. Em todas essas ocasiões, a pesquisadora reformulou a pergunta para facilitar o entendimento, indagando “qual o controle da sociedade sobre o SUS?” ou “qual a participação popular no SUS?”. Quatro entrevistados não expressaram hesitação com a questão e outros quatro responderam abordando temas diferentes a esse referentes ao sistema público de saúde como relatado acima.

Esperava-se que eles soubessem apontar os conselhos e as conferências de saúde como ferramentas formais de controle social, mas tais instrumentos só foram lembrados por duas pessoas, embora uma delas não tenha abordado as conferências. Instrumentos de controle informais, a imprensa e as ongs, tiveram maior reconhecimento como tal. Essa constatação leva aos seguintes questionamentos: não seria melhor o controle social exercido pela imprensa se ela tivesse conhecimento desses mecanismos formais, se soubesse como eles funcionam, se interagissem com eles? Não seriam os cidadãos mais atuantes nas funções de fiscalizar e deliberar sobre o funcionamento do SUS se fossem mais e melhor informados sobre os conselhos e as conferências? Qual o papel da comunicação e da informação nos conselhos de saúde?

Também se verificou que nenhum deles citou outros mecanismos de controle social, como o Ministério Público; as comissões de seguridade social e/ou saúde do Congresso Nacional, das assembleias legislativas e das câmaras de vereadores; tribunais de contas, associações profissionais e Corregedoria Geral da União.

4.4 Tema Assistência Prestada e Qualidade

4.4.1 Serviços SUS

Com o objetivo de identificar o que sabe o público alvo da pesquisa sobre assistência, foi questionado: “Quais os serviços que o SUS oferece?”. Maternidade, programa saúde da família, medicamento, transplante, campanha de prevenção e exame foram alguns dos serviços citados. Entre os mais lembrados estão os atendimentos hospitalares, ambulatoriais, cirúrgicos, de urgência/emergência e médicos. Em média, cada entrevistado indicou quatro serviços.

Para o entrevistado 3, o sistema público de saúde brasileiro oferece “urgência, emergência, saúde básica e cirurgias eletivas e emergenciais”. O jornalista 1, inicialmente, afirmou que o SUS oferece tudo. Depois disse não ter certeza, embora saiba que ele foi criado com essa finalidade. Como exemplos de serviços, citou consultas e cirurgias.

Imagino que ofereça consulta ambulatorial, consulta marcada, cirurgia, todo tipo de serviço [...]. Eu não sei se ele oferece tudo, mas ele foi criado para oferecer todo tipo de serviço, do mais simples ao mais complexo para todo mundo (informação verbal).

A entrevistada 10 destacou que o SUS dispõe de vários serviços, incluindo a doação de próteses e implantes, e que eles são acessíveis a todos, independente da sua renda financeira. Ela também ressaltou que o sistema único cobre serviços negados pelos planos de saúde.

Bom, que eu saiba, medicamento, fora todo tipo de atendimento em hospitais públicos, unidades de pronto-atendimento, postos de saúde, tem tudo isso, vários serviços. Como eu falei, essas próteses que as pessoas [...] Não só as próteses, até o implante. A pessoa que precisar de um implante coclear, ela pode conseguir através do SUS. Inclusive cirurgias plásticas que acontecem lá no Imip e muita gente não sabe. E tudo isso independe da renda financeira do cidadão. Exatamente muita coisa que até o plano de saúde não cobre, mas o SUS cobre. É muito interessante (informação verbal).

Três pessoas citaram a assistência preventiva em suas respostas. O entrevistado 6, embora tivesse dúvida, relacionou a assistência preventiva como parte dos serviços ofertados pelo SUS. O ESF também foi apontado como tal.

[...] Os serviços que o SUS oferece?! É, eu imagino que não seja, mas eu imagino que a saúde preventiva também faça parte do SUS. A questão da saúde da família; não o saneamento básico, mas eu acho que a saúde mais básica faz parte do SUS. Eu imagino que seja isso, os hospitais, tem também alguns tipos de tratamento que o SUS faz (informação verbal).

Outro a lembrar da assistência preventiva foi o jornalista 11, que classificou como brilhante a distribuição de medicamentos para pacientes HIV. Ele destacou ainda o atendimento pré-natal e o avanço obtido no tratamento do câncer, graças ao trabalho de algumas instituições. Mas lamentou a diminuição dos mutirões.

Que o SUS oferece? Olha, eu acho que o Brasil é um exemplo na distribuição de remédios contra a aids, [...] de prevenção com a distribuição de camisinhas, mas também do tratamento para quem tem o vírus HIV. Teve uma queda de patente [...] é um dos trabalhos que eu reconheço de uma forma brilhante. Outra que eu vejo que existia no passado e agora a gente vê numa escala menor porque aos poucos tem diminuído [são] os mutirões de cataratas [...] Outro trabalho que eu acho muito bacana é a questão do pré-natal [...] Também o tratamento do câncer que tem avançado muito hoje no Brasil por instituições que fazem um trabalho muito sério. É uma infinidade de projetos aí que a gente percebe que existe uma ideia e essas ideias quando colocadas em prática têm dado resultados maravilhosos (informação verbal).

Não se limitando a informar os serviços oferecidos pelo SUS, a entrevistada 5 relatou também serviços que ela acredita não existir ou não ter certeza se há no SUS, baseada no depoimento de outras pessoas. Um dos questionamentos dela foi referente a especialidades da área de odontologia

Atendimento ambulatorial, emergencial, cirurgias, internamento, fornecimento de medicação, medicação simples, medicação complexa, transfusão de sangue. Todo tipo de serviço, todo serviço de saúde, eu acredito. Acho que não tem o que eu ouvi falar recentemente. Não tem ainda ou talvez não em tão grande abrangência, ortodontia, implantes dentários, por exemplo. Isso é informação de uma amiga minha que faz assessoria de um cliente que é de ortodontia, que ele disse que não existe isso no SUS, não existe atendimento público nessa área. O que eu mais escuto que é raro de conseguir, eu não sei se não existe ou existe pouco, é psicólogo, nutricionista, essas áreas mais eletivas, áreas de apoio exatamente. Recentemente também uma amiga precisou para um sobrinho de um neuropediatra e foi informada que não existe na rede pública. Também não sei se essa informação procede (informação verbal).

À época da entrevista o tratamento ortodôntico e os implantes dentários não eram oferecidos pelo SUS. Porém, desde o dia 29 de abril deste ano, esses serviços passaram a ser ofertados e estarão disponíveis à medida que forem sendo implantados nos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO), inseridos na ESF. (BRASIL SORRIDENTE ASSEGURA IMPLANTE E APARELHO ORTODÔNTICO PELO SUS, 2011)

Sob a ótica profissional, a assistência feita pelo médico foi a mais lembrada. Não houve referência aos serviços prestados por fisioterapeutas, fonoaudiólogos e terapeutas ocupacionais. Nenhum deles citou em suas respostas os serviços de vigilância sanitária ou epidemiológica, por exemplo. Também não ocorreu referência a ações e aos serviços de promoção da saúde, como o programa Academia da Cidade, mantido pela Secretaria de Saúde do Recife.

4.4.2 Qualidade da assistência

“Qual a qualidade da assistência prestada?”. Por unanimidade, todos os entrevistados disseram não ser boa a assistência do SUS. Deficiente, ruim, insatisfatória, péssima, má, precária e regular foram os adjetivos usados para definir esse serviço. A expressão “não é ideal” também foi usada como definição.

O entrevistado 1 destacou que sua opinião se baseia nas reportagens feitas por ele em hospitais públicos, pois não é usuário do SUS. Ele afirmou ser necessário tornar o atendimento mais eficiente.

A minha avaliação seria só de fazer matéria porque eu acho que eu nunca usei o SUS. Eu não sei como é que é. Como usuária, eu não sei, porque eu nunca utilizei. Agora, pelo o que a gente acompanha de fazer matérias nos hospitais, é um negócio meio complicado assim. As pessoas reclamam, o atendimento demora, você não consegue uma consulta rápida. Não seria ainda o ideal. Ele talvez ainda precise melhorar na forma de atender as pessoas com mais rapidez (informação verbal).

O jornalista 10 classificou a assistência prestada no Estado como deficiente e relacionou a questão a má remuneração dos médicos e a superlotação das emergências.

Eu acho que ainda é deficiente. É deficiente. Agora, falando aqui da realidade do estado, porque eu não conheço a realidade dos outros... Aqui em Pernambuco, por exemplo, os médicos não têm um bom salário. O salário dos médicos daqui de Pernambuco ainda é um dos piores do país. Em Olinda, recentemente, os médicos fizeram greve por causa do salário. Então vai desde aí, desde um profissional que é mal pago a um paciente que tem que ficar muitas vezes, coitado, num corredor de uma emergência como o Hospital da Restauração. Em termos de atendimento ainda deixa muito a desejar, eu acho (informação verbal).

Para o entrevistado 12, a prova de que a assistência é péssima é o fato de os governantes e políticos não fazerem uso do SUS e, sim, de hospitais particulares. Ele defende que, se a saúde pública, assim como a educação pública, tivesse qualidade, essas pessoas e suas famílias fariam uso desses dois sistemas.

Muito ruim, péssima, para ser bem honesto. É tão ruim que você não vê os gestores internados nas unidades ... quando um governador, quando um secretário de saúde adoece, você não vê ele internado em nenhum hospital público ... Recentemente o prefeito do Recife foi fazer transplante, mas fora do estado e não foi para um hospital público, foi para um hospital particular. Falta fazer um paralelo com a educação. Se essa educação fosse boa, se essa saúde fosse boa, você com certeza teria os filhos dos gestores buscando esses serviços e você não os vê (informação verbal).

Outro jornalista, o 17, apontou como prova da má qualidade da assistência o número de planos de saúde existentes no país.

Está muito aquém do que deveria ser. Eu acho que, num país em que existe plano de saúde privado da forma como existe no Brasil, eu acho que o Sistema Único de Saúde deveria melhorar muito a qualidade. Eu diria que o serviço ainda é de péssima qualidade (informação verbal).

De acordo com a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), o Brasil tem 1.420 operadoras com registro ativo com beneficiários, sendo esses dados referentes a dezembro de 2010. Nos últimos oito anos esse número sofreu pequenas oscilações. De 2004 (1.434) a 2005 (1.352) houve uma redução de 5,8%, a maior do período. Nos quatro anos seguintes a quantidade de operadoras voltou a crescer continuamente e de 2009 (1.424) a 2010 (1.420) houve uma diminuição de 0,3% (AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR, 2011).

Em relação à quantidade de usuários de planos e seguros privados – com ou sem odontologia -, eles são 23,9% da população brasileira, número que só cresce desde 2003, quando esse percentual era de 18%. Os dados descritos acima revelam que, apesar de a quantidade de usuários de operadoras vir crescendo, o número de cidadãos que fazem uso exclusivo do SUS é muito maior (AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR, 2011).

Como dito anteriormente, todos os entrevistados consideraram a necessidade de melhoras na assistência. Dentre eles, apenas dois reconheceram já haver iniciativas tomadas nesse sentido. Para o jornalista 4, alguns governantes têm se empenhado para promover mudanças, mas as ações adotadas ainda são insuficientes porque problemas como a demora para ser atendido persistem.

Deixa muito a desejar, muito. Têm se esforçado, me parece. Alguns governos têm se esforçado para melhorar isso aí, mas ainda deixa muito a desejar e isso reflete no quadro da situação da população, da população doente que carece desses serviços, que espera muito tempo pra ser atendido e muitas vezes é desrespeitado porque vem pra um atendimento e não foi informado que não vai funcionar naquele dia. Enfim, precisa melhorar muito, muito, muito mesmo (informação verbal).

O entrevistado 5, baseado nas informações repassadas por telespectadores e nas afirmações de outras pessoas, disse ouvir mais reclamações do que elogios ao SUS. Os elogios dizem respeito às unidades de saúde inauguradas há pouco mais de um ano no Recife e região metropolitana.

É difícil falar quando você não utiliza o serviço. Eu não utilizo o serviço público de saúde, mas se eu for julgar pelo retorno que eu recebo na redação,

da população, enfim, do telespectador, é um serviço que, em raras unidades, é elogiado. Eu ouço falar de pessoas que são atendidas em algumas UPAs, que é um serviço recente, que dizem que foram muito bem atendidas e ficaram muito surpresas. Nos hospitais novos também, no Miguel Arraes. Mas a gente não deixa de receber diariamente queixas de policlínicas, de postos de saúde sem atendimentos, de demora para tentar algum tipo de exame, algum tipo de atendimento ambulatorial. Então eu diria que vai de ruim a regular e, raríssimas vezes, ele é bom ou muito bom (informação verbal).

Apesar de todos os jornalistas partilharem a opinião de que a qualidade da assistência é deficitária, pesquisa divulgada em fevereiro deste ano pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea), fundação pública federal vinculada à Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, mostrou que a população está dividida quanto à qualidade da assistência, apesar de ela enfrentar vários problemas para obter atendimento. O percentual de entrevistados que classificou o sistema como ruim ou muito ruim (28,5%) é similar ao que declarou que o atendimento é bom ou muito bom (28,9%). O serviço é regular para 42,6% dos entrevistados.

O mesmo estudo, intitulado Sistema de Indicadores de Percepção Social (SIPS) e divulgado em jornais de todo o país, inclusive de Pernambuco, identificou entre os entrevistados quais os principais problemas do SUS. Por ordem de classificação, eles apontaram a falta de médicos (58,1%), demora no atendimento (35,4%) e delonga para conseguir uma consulta com um especialista (33,8%). Para fazer a pesquisa, o Ipea entrevistou 2.773 pessoas em novembro de 2010 (CASTRO, 2011).

A pesquisa constatou, ainda, que os serviços do SUS são mais bem avaliados pelas pessoas que usam o sistema do que aquelas que dizem não usar. Entre os que tiveram experiência com o SUS nos últimos 12 meses, a proporção de opiniões de que esses serviços são muito bons ou bons foi maior (30,4%) do que entre os segundos (19,2%). Já a proporção de opiniões de serviços “ruins ou muito ruins” foi maior entre os entrevistados que não tiveram experiência alguma com os serviços pesquisados (34,3%), em comparação com aqueles que tiveram (27,6%). Nos dois grupos predominam as avaliações dos serviços como “regulares” (IPEA, 2011).

Estudo realizado por Mendes (2010) em três grandes emergências do Recife (PE) - Hospitais da Restauração, Getúlio Vargas e Otávio de Freitas - sobre a satisfação dos usuários registrou um grau de satisfação maior do que de insatisfação. No caso do atendimento no pronto-atendimento, esses percentuais corresponderam a 51% e 49%, respectivamente, indicando diferença de 1% entre as duas opiniões. Em relação ao atendimento de emergência,

esses números ficaram em 55,7% e 44,3%, tendo uma diferença maior. O objetivo da pesquisa foi avaliar a satisfação do usuário, identificando os principais fatores da satisfação relacionados com o atendimento dos profissionais, as condições oferecidas para garantia dos direitos dos usuários e o acolhimento dado pelos serviços e trabalhadores.

4.5 Tema Divulgação e Conhecimento sobre o SUS

4.5.1 Conhecimento da população

Indagados se a população é bem informada sobre o SUS, a grande maioria dos entrevistados afirmou que a população é mal informada. Apenas um deles discordou, o 15. Para ele, a população usuária é bem informada sobre o sistema. O jornalista não explicou o porquê de sua opinião. “Eu acho que, de uma forma geral, sim. A população é bem informada. Quem precisa, principalmente, que utiliza esse serviço, acho que sim”. Os demais justificaram seus pontos de vista.

Para o entrevistado 1, a informação mais clara que os usuários têm é a gratuidade. Ele afirmou ser esse o principal dado que tinha em relação ao SUS até ler mais nos jornais.

Sobre o sistema completo eu acho que não. Eu acho que o que fica mais é que é um serviço que é gratuito. Que a pessoa pode ir para o hospital e ser atendido. Imagino que é o que a maioria deve pensar, que é o que eu também imaginava assim, no começo, antes de ler matérias nos jornais (riso curto, meio sem graça). Era um sistema em que você tem direito a ser atendido de graça (informação verbal).

A elevada demanda de alguns serviços devido a falta de informações dos usuários sobre a hierarquização da assistência e contra-referência é a justificativa do jornalista 3 para sua opinião. “Não. Não, porque muita gente pode resolver seus problemas indo em policlínicas, em postos de saúde, e acaba procurando as grandes emergências e, aí, sobrecarregando o atendimento”.

O jornalista 8 crê que a população desconhece seus direitos como usuária do SUS. Não sabe quem mantém financeiramente o sistema criado para ela e a quem reivindicar mudanças.

Eu acho que, em relação aos direitos dela, acho que não. No trabalho, no dia a dia, a gente nota muito que as pessoas reclamam. Falta médico, o atendimento é demorado, é de péssima qualidade, mas eu acho que falta

informação à população de que aquele sistema é pra atender ela e ela contribui para aquele sistema. Então não é um sistema gratuito. A população paga por ele, mas não sabe a quem recorrer para reclamar, para que haja melhoria. Eu acho que falta informação (informação verbal).

Estudo realizado por Martins (2007), na cidade de Teixeira, em Minas Gerais, com 136 usuários do ESF mostrou um grande desconhecimento da população sobre o sistema de saúde, bem como sobre seus direitos conquistados com a Constituição de 1988. Ela identificou que 14,7% não sabiam definir o que vem a ser SUS e apenas 9,6% dos entrevistados tinham a concepção do SUS como um sistema de saúde universal. Dentre os que tinham visões negativas do sistema destacou-se a representação deste como um “plano de saúde para pobre”. O estudo revelou, ainda, que o olhar do usuário é focado nos procedimentos assistenciais, como as consultas, e que 23,5% afirmaram não utilizarem o SUS apesar de todos os entrevistados serem usuários de USF.

Em suas considerações, três entrevistados afirmaram que a desinformação da população é interesse dos gestores. O entrevistado 12 concorda com o 8, que os usuários são pouco esclarecidos de seus direitos e desconhecem a quem reclamar. Para ele, a falta dessas informações tem por objetivo evitar que eles causem desconforto aos dirigentes do sistema ao exigirem melhorias.

Não porque ela não sabe exatamente ao que ela tem direito, e, pior que isso, além de ela não saber exatamente a que ela tem direito, quando sabe, ela não sabe como buscar esse direito. E eu acho que ela também não tem respaldo nessa busca. Ela fica meio perdida. Ela não sabe e eu acho que existe de fato o propósito de fazer com que ela não saiba porque ela não incomoda [...] (informação verbal).

Já para o entrevistado 4, a finalidade de manter a população desinformada é impedir o aumento dos custos do governo com o SUS.

Eu acho que não, porque na verdade não há talvez a intenção de informar o cidadão do direito que ele tem. A gente tem, por exemplo, informações de remédios específicos a que as pessoas têm direito de receber gratuitamente, por parte do estado, e muitas delas não têm conhecimento disso. Eu creio que nessas unidades de saúde até se faça, se passa essa informação, mas o pessoal que está fora desse sistema, que não está sendo atendido, muitas vezes não sabe que tem direito ao remédio específico. Que às vezes é caro e que ele pode chegar e dar entrada com a solicitação e ter esse remédio de graça. Acho que há desinteresse em informar ao cidadão dos direitos que ele tem até para não ter um custo maior para o Estado. Não estou querendo condenar o Estado por conta disso, mas acho que vai por aí também (informação verbal).

Dentre os que consideraram a população mal informada, quatro disseram ser eles também mal informados. O jornalista 2 crê ser restrita a compreensão das pessoas sobre o SUS, sistema ao qual elas recorrem por falta de poder aquisitivo para pagar plano ou seguro saúde.

Não. Assim como eu também não sei de muita coisa, eu acho que a maioria tem uma visão pouco abrangente do que seria SUS, que é aonde eles vão. Eles não têm dinheiro para ir para um hospital particular e eles vão para o SUS e são atendidos lá. Mas eu acho que eles não sabem também todo o histórico do SUS (informação verbal).

O 6 supõe que, se ele, jornalista, formador de opinião, é desinformado, os usuários também o são, na sua maioria. Nessa fala ele voltou a criticar a cobertura da imprensa pernambucana sobre saúde, afirmando que apenas problemas são mostrados.

Não. Eu não sou bem informado, e que deveria informar. Então imagine que, se eu não sou bem informado, as pessoas também, na sua maioria, não sejam. É claro que obviamente tem, é difícil você generalizar, não é uma massa, mas eu acho que não. Do ponto de vista pernambucano, a cobertura nossa sobre saúde eu acho muito frágil no geral. Fica mais naquela solução fácil que é criticar, é por gente gritando “ah! eu quero saúde, ah! não sei o quê”. No geral eu acho ruim. Não vou nem falar nacionalmente. Assim, eu acho que local é ruim. Então eu acho que não, que não é bem informada não (informação verbal).

A opinião da maioria dos jornalistas aqui descritas é igual ao da pesquisa desenvolvida por Vilanova (2004), em Belém do Pará, com 12 jornalistas atuantes em quatro jornais da cidade. Lá, todos eles concordaram que a população é mal informada sobre o SUS. Nesse estudo também foram entrevistados usuários (24), servidores de duas unidades de saúde pública (20), diretores dessas mesmas instituições (10) e jornalistas atuantes em assessoria de comunicação do setor saúde (5). No caso destes últimos, 80% estavam de acordo que os usuários são desinformados. Entre os diretores esse percentual ficou em 90%. (Rio de Janeiro, 2004). Já entre servidores foi de 100%.

A avaliação feita por eles encontra respaldo em pesquisa realizada pela Associação Brasileira de Pós-graduações em Saúde Pública (Abrasco), com representantes de usuários durante a 10ª Conferência Nacional de Saúde, em 1996, que afirmou sobre a imagem do SUS na mídia: “há uma certa unanimidade em relação à sua invisibilidade como projeto público de

atenção à saúde” (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA. 1996/1997. p. 46)”.

Esse cenário de desinformação da população segue em desencontro ao item VI do art. 7º da lei 8.080, que ratifica a importância da população estar informada para exercer o controle social da saúde. Sobre esse aspecto afirma a citada lei: “divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário [...]” (BRASIL, 1990).

Em relação aos jornalistas pernambucanos, outra opinião comum a muitos deles diz respeito às informações que devem ser detidas pela população: direitos, quais os atendimentos prestados pelas unidades de saúde e a quem reclamar e cobrar melhorias.

4.5.2 Divulgação do SUS

Como você avalia a divulgação sobre o SUS? Sobre essa questão, mais de dois terços dos jornalistas, precisamente 16 pessoas, consideraram ruim, capenga, negativa, problemática, mínima ou inexistente, entre outros adjetivos. Publicitária e maquiada foi como definiu a entrevistada 3.

Muito publicitária, de que foi construído mais um hospital, mais uma UPA etc. Mas ainda meio maquiada com relação a quantas pessoas foram atendidas, bem atendidas, quantas pessoas morreram em alguma emergência. Eu acho que ainda é meio maquiada, meio publicitária (informação verbal).

O jornalista 4 defende que é necessário mais eficiência, caso haja interesses em tornar o SUS conhecido de todos. E sugere que sejam dadas informações sobre direitos, a quem fazer queixas e como usar o sistema.

É muito deficitária, muito capenga mesmo. Acho que precisaria ser mais eficiente. Se é que há interesse em informar, então que se faça uma campanha educativa, uma campanha informativa pra se informar melhor o cidadão sobre o direito que ele tem, sobre o que ele pode reivindicar no SUS e de que forma ele pode utilizar melhor o sistema (informação verbal).

Para quatro jornalistas, no geral, é ruim, sendo eficiente apenas no referente às campanhas de prevenção. O jornalista 12 reafirma nesta questão que não há interesse em informar os usuários, como já expressou anteriormente, e disse que a divulgação do sistema é

boa em “casos específicos e pontuais”, como as campanhas de prevenção ocorridas no período de Carnaval.

Ruim. Eu acho que a gente volta um pouquinho ao que a gente conversou. Por que não há realmente o interesse de se informar? Você tem uma boa divulgação pontual de alguns pontos que são essas campanhas. Então você vê o carnaval, você faz uma boa divulgação de DST/Aids, você tem campanhas de paralisia infantil. Mas você faz isso com relação a casos específicos e pontuais. Mas o que é que as pessoas sabem sobre o Sistema Único de Saúde, o que é que elas sabem sobre o Ministério da Saúde, o que é que elas próprias sabem sobre as secretarias que estão mais próximas dela, que são as secretarias municipais e estadual de saúde? Elas não sabem (informação verbal).

O entrevistado 16 partilha da mesma opinião do seu colega 12 e ressalta que no cotidiano a divulgação é ruim, cabendo à imprensa informar onde encontrar cada tipo de atendimento. Para ele, esse é um conhecimento a ser adquirido por todos, antes de surgirem as necessidades.

Eu acho que a divulgação, ela funciona bem na época do Carnaval, do São João, das grandes festas. Aí distribuem esses livretos dizendo aonde as pessoas devem ir, que tipo de atendimento elas encontram em que hospital, mas no dia a dia eu acho que a divulgação é ruim. O que eu percebo é que ninguém sabe o que procurar e onde, e aí fica para nós, para os meios de comunicação, a tarefa de explicar para as pessoas onde elas podem encontrar o quê. Mas é muito complicado, na hora do sufoco, dizer a alguém que esse lugar aonde ela está indo não é aonde ela deveria ir porque ela está precisando. Isso é uma coisa que tem que ser construída antes, esse conhecimento, e não na hora da necessidade (informação verbal).

Entre tantas opiniões semelhantes, o jornalista 1 discordou da maioria e defendeu ser boa e muita a divulgação sobre o SUS. Como principal veículo de informação ela apontou a internet.

Rapaz, tem bastante. A divulgação eu não acho que é falha, não, porque existe muita; se você entrar na internet tem muitas informações sobre o SUS na internet. Tem página do Ministério da Saúde que fala tudo o que você quer sobre o SUS, desde que ele foi criado, que é que ele faz, o que é que não faz. Tem tudo, está tudo explicado e matéria de jornal sempre tem saído. Sempre sai (informação verbal).

O jornalista 13 não afirma ser boa ou ruim. Acha que é muita, porém mais importante que divulgar é tornar melhor o SUS.

A divulgação? Eu acho que eles divulgam muito... Eu acho que eles deveriam se deter mais em melhorar o atendimento do que divulgar ações tipo assim 'Ah! a gente está abrindo mais um posto na casa de mãe Joana...' Quer dizer, você vai abrir mais um posto, vai abrir mais um serviço que não vai ter atendimento, que não vai ter funcionamento. Ou seja, você vai fazer número... Então eu acho que, ao invés da pessoa divulgar ações, eu acho que precisaria, porque divulgação de ações custa dinheiro, e, ao invés de fazer isso, pegava esse dinheirinho e melhorava o serviço nos postos para a população (informação verbal).

Uma avaliação curiosa e diferente das demais foi a do jornalista 9. Ele analisou a questão do ponto de vista do trabalho das equipes de jornais, rádios e TV. Para ele, a divulgação seria melhor se as assessorias de imprensa lhe permitissem mostrar livremente, sem restrições, os problemas vividos nas unidades de saúde. Sua fala revela ênfase na divulgação de informações negativas do SUS.

Em relação aos meios de comunicação, eu acredito que a gente tem tentado mostrar como tem funcionado, como é a realidade, mas muitas vezes a gente é barrado pelas assessorias de imprensa, por esses órgãos que não querem mostrar a realidade [...] Às vezes a gente não tem acesso quando gente da população, telespectadores, ligam para a gente e informam: 'oh! a gente está sem leito. E a gente simplesmente é barrado, a gente não pode mostrar esse problema e a gente termina deixando de mostrar esse problema para uma parcela maior da população. Eu acho que eles terminam segurando a informação para que não chegue a todos. A imprensa tenta cobrir questões de saúde que são de interesse público, mas eu percebo que tem um pessoal, uma certa censura dentro dos órgãos (informação verbal).

Uma análise geral das 18 respostas permite dizer que, além de a maioria absoluta considerar a divulgação ruim, as campanhas de vacinação, de estímulo ao uso de preservativo e de prevenção a doenças, como o câncer de mama, foram os únicos pontos positivos indicados no processo de publicidade e propaganda do SUS.

A avaliação dos jornalistas faz pensar que, embora desde a 9ª Conferência Nacional de Saúde (1992) exista a preocupação com a comunicação social como fator importante para a consolidação do SUS, e que até a 13ª (2008) foram debatidas e aprovadas várias propostas, a comunicação feita pelas instituições integrantes do sistema é falha.

Na 11ª conferência, por exemplo, a comunicação foi colocada como um dos pontos a serem tratados como desafios para acelerar a efetivação do SUS no cotidiano da população. Diz o relatório da conferência:

A quantidade de informação acumulada a respeito do SUS (financiamento, orçamento para a Saúde, acesso, RH envolvidos, programas desenvolvidos, experiências exitosas etc.) não é democratizada e disseminada de forma

transparente e nem mesmo com uma linguagem acessível para os diferentes atores sociais. Destaca-se a importância de publicização de todas essas informações, pois elas são fundamentais para a atuação dos sujeitos sociais, objetivando a efetiva construção do SUS (2001. p. 55)

Nesse mesmo evento, a comunicação fez parte das propostas apresentadas como Políticas de Informação, Educação e Comunicação.

4.5.3 Propostas de divulgação

Em síntese, as principais sugestões feitas pelos entrevistados de “como melhorar a divulgação de informações sobre o SUS” foram as seguintes: informar sobre o funcionamento do SUS, os serviços por ele ofertados, acesso, organização, estrutura, financiamento e direito dos usuários. Para que esses dados sejam propagados, devem ser feitas campanhas informativas e educativas, com linguagem acessível ao público, de forma sistemática, utilizando os meios de comunicação tradicionais - TV, rádio e jornal – e os mais modernos, como sites e redes sociais – twitter e orkut, entre outros. Também devem ser usados panfletos, cartilhas e carros de som nas comunidades.

O jornalista 4 sugeriu desde o uso de meios de comunicação local, como o carro de som, até as redes sociais, e as grandes mídias. Para ele, é necessária vontade para mudar esse cenário de desinformação.

Eu acho que sim. A comunicação pode ser feita de inúmeras formas, desde um carro de som lá na comunidade, da rádio comunitária, até as redes sociais. E os próprios sites oficiais, por que não? A grande mídia pode ser utilizada para esse tipo de divulgação. Basta ter vontade e, quando se tem vontade, se faz (informação verbal).

O entrevistado 8 manifestou-se favorável às campanhas de divulgação do sistema, ensinando a que se destina cada serviço, quem pode usá-los, onde estão localizados e a quem exigir direitos.

Eu penso em campanha mesmo, assim da mesma forma que existem campanhas educativas, de conscientização, de prevenção a doenças. Como o Ministério da Saúde faz muito esse tipo de campanha, deveria existir campanha de divulgação do SUS, para que as pessoas entendam. Justamente entendam isso que você está perguntando, o que é o SUS, a quem ele atende, quem tem direito, o que fazer pra melhorar, a quem eu posso recorrer, onde é que eu procuro determinado serviço. Eu acho que através de campanhas como são feitas geralmente pelo Ministério da Saúde (informação verbal).

Sobre as campanhas, houve sugestões para que fossem adotadas nas próprias unidades de saúde, como no caso do entrevistado 2:

Campanhas de esclarecimentos. Acho que até nas próprias unidades, que na demanda diária enchem. Então eu acho que lá seria o foco. Fazer campanha esclarecendo realmente a população ao que eles têm direito, do que eles podem reclamar, do que podem melhorar e de como funciona o SUS (informação verbal).

O entrevistado 14 defendeu uma divulgação didática e maior atenção dos profissionais de saúde com os pacientes na hora de prestar orientações sobre os serviços.

Eu acho que a gente precisaria ser mais didático. Eu acho que ele precisaria explicar melhor para o público quem é que tem direito, como é que tem direito. E quais são, até por questão educativa mesmo, para de repente uma pessoa que precisa do serviço não ir para um lugar errado. Infelizmente isso acontece muito no dia a dia, pelo menos eu percebo isso de alguém que tem direito a esse serviço e vai para o lugar errado e acaba se desgastando por ter ido ao lugar errado, por ter informação errada, por buscar um atendimento de forma errada. E eu acho que o principal disso também passa pelo respeito dos servidores por quem precisa, que é a parte mais crítica dessa história toda (informação verbal).

Quatro jornalistas não disseram quais técnicas ou veículos de comunicação, antigos ou novos, devem ser usados para melhorar a divulgação. Para eles, essa questão passa pela resolução de problemas e/ou pela relação dos dirigentes e assessores de imprensa da saúde com a população e com a imprensa. O entrevistado 7 afirmou que, antes de tornar público, os serviços, as ações e os programas de saúde, é necessário corrigir questões de financiamento, acessibilidade e infra-estrutura, entre outras dificuldades.

Bom, melhorar a divulgação. Pra você melhorar a imagem do que chega para a população, você tem primeiro que arrumar a casa. Você não pode mostrar pro vizinho que sua casa está em ordem e o vizinho vendo que está uma bagunça dentro de sua casa. Então, eu acho que temos que rever essa questão da liberação de verbas, se o que está sendo liberado é realmente utilizado como deveria. Eu acho que, antes de eles pensarem na divulgação positiva,, eles têm que resolver os problemas internos: liberação de verbas, como reaparelhar o SUS, como melhorar a estrutura dos hospitais, o acesso da população à saúde. Eu acho que aí, sim, eles automaticamente já teriam uma divulgação positiva (informação verbal).

A jornalista 3 também defendeu melhoras no atendimento, além de um relacionamento mais aberto entre assessores e dirigentes com a imprensa, no sentido de os primeiros não

omitirem ou negarem a existência de problemas. Ela também defendeu que esses procurem os jornalistas para relatar as experiências positivas.

Sendo mais aberto e melhorando o atendimento, porque, quando você melhora o atendimento, você tem o que dizer o que está bom, mas, quando está ruim, todo mundo quer esconder. Então, acho que melhorando o atendimento e sendo mais aberto com a população. Procurando os veículos pra dizer ‘olha, nós fizemos tal cirurgia e essa cirurgia é legal ou diminuiu a quantidade de atendimento em tal policlínica...’ Talvez se procurasse a Imprensa para fazer mais o trabalho de divulgação das coisas boas e ruins que acontecessem, porque as coisas ruins, quando vão para o ar, algumas pessoas procuram ajudar. Então, eu acho que procurar mais a Imprensa é mais interessante (informação verbal).

O entrevistado 1 não indicou meios de como melhorar a divulgação do sistema público de saúde, nem teceu considerações sobre o assunto. “É... não sei se... Não faço ideia. Sei não”, afirmou.

Não houve um consenso sobre quais as melhores estratégias a serem adotadas para tornar melhor a divulgação. As sugestões foram desde o uso de carro de som e das rádios comunitárias, até as redes sociais, passando pela adoção de propagandas e publicidades em rádios, jornais, revistas e TV.

Apesar de não haver a intenção que eles falassem, avaliassem a comunicação feita por eles sobre o SUS, é necessário registrar que nenhum dos entrevistados lembrou que a abordagem de ações, serviços e programas bem sucedidos no SUS, por meio de reportagens e entrevistas, assim como a realização de matérias contínuas e contextualizadas do tema também são formas de divulgar esse sistema, de fazê-lo conhecido da população.

4.5.4 Empoderamento do SUS

Em relação à última pergunta, “Como você avalia seu conhecimento sobre esse sistema?”, nenhum jornalista disse ter domínio sobre o assunto. A maioria definiu seu conhecimento como básico, razoável, regular ou mediano. Outros, como fraco ou pouco. “Básico. Eu acredito que meu conhecimento seja básico”, afirmou o entrevistado 3. O 1 explicou que seu conhecimento se baseia na leitura de jornais, nas matérias dos telejornais e nas propagandas de TV, assumindo não recorrer a outras fontes de informação sobre o sistema.

Acho que ele é muito pouco. Eu sei o básico assim de leitura de matéria de jornal que as colegas escrevem, de matéria de televisão, de propaganda de governo. O governo federal faz propaganda na TV. Então, o que eu sei é de propaganda de televisão e das matérias que são publicadas nos jornais que a gente lê. Sei pouca coisa (informação verbal).

Dois entrevistados avaliaram seus conhecimentos com notas que ficaram entre três e cinco. O jornalista 6 alegou saber pouco porque não costuma lidar com o tema no seu trabalho diariamente. Ou seja, ele não busca se inteirar do assunto, um dos mais frequentes nas pautas dos veículos de comunicação.

Bem sucinto. É bem fraco, pra ser sincero. É bem fraco. Na saúde eu sou mais telespectador do que jornalista, porque até nessa área mesmo que pego pouca coisa. A gente tem Roberta, nossa produtora, que ela cuida mais de saúde. Então, assim, tudo de saúde é mais com ela. Até nesse aspecto eu me envolvo pouco também. Poucas matérias de saúde que eu edito, que eu me envolvo mesmo, diretamente. Até por isso meu conhecimento é fraco. Se fosse nota, eu acho que eu dava uns três ou quatro, só. Não passava por média, não (informação verbal).

Outro, o 11, disse que, como jornalista e cidadão, deveria saber mais, pois seu domínio do assunto é insuficiente.

Como componente de uma sociedade, como cidadão, eu considero que é até menor do que eu deveria ter. Como eu sou profissional da área de comunicação, eu deveria ter um conhecimento até maior, como é que funciona toda essa estrutura do SUS, e eu não tenho esse conhecimento todo. E olhe que eu leio a respeito do assunto, eu procuro me informar, mas eu acho que ainda deixa a desejar (informação verbal).

O jornalista 8 crê que seu conhecimento é pouco e o da população é menos que o dele. Ele destacou que, apesar de serem diárias as críticas ao sistema público de saúde, nunca é explicado o que é o SUS, como deveria funcionar e quem pode ter acesso.

Eu acredito que ele seja baixo assim. As informações que eu tenho são de coberturas, coisas que eu leio no jornal todos os dias. Que não fala, apesar de haver críticas em relação ao sistema, nunca se detalha o que é o sistema, quem pode ter acesso, como ele funciona. Por exemplo, eu não sei como deveria ser, como ele é hoje, como deveria ser. Então eu acho que meu conhecimento é baixo. Eu, como jornalista, meu conhecimento é baixo. Da população é bem menor, então (informação verbal).

Péssimo. Foi assim que o entrevistado 18 definiu seu conhecimento. De acordo com seu depoimento, foram muitas as dúvidas surgidas durante a entrevista.

Péssimo! Tu começou a fazer as perguntas aí assim... Péssimo não, mas tem coisas que eu fiquei na dúvida. Quando você falou da questão do dinheiro, eu fiquei na dúvida se era tudo federal, estadual. Eu acho que a gente ainda... É uma incógnita. Eu acho que a gente não conhece como é que funciona esse sistema. Não é nem como funciona esse sistema de saúde, o SUS, não ele, mas como ele funciona em toda a rede. Quando você perguntou o que é que é atendido, eu fiquei na dúvida se tinha atendimento ambulatorial, se só tinha emergência. Eu sei que tem cirurgias porque minha babá fez uma, mas eu ainda estou por fora, porque falta divulgação (informação verbal).

Em sua resposta, o jornalista 16 falou de um problema vivido por profissionais de rádio e TV, que é a falta de setoristas, e afirmou que gostaria de fazer um curso sobre o SUS.

Acho que não é tão grande, mas eu não sou das piores não, eu acho. Eu acho que eu gostaria de saber mais sobre o SUS se a gente não fosse especialista em generalidade. Infelizmente a gente tem que dar conta de um monte de coisa. Eu não sou setorista de saúde. Cubro saúde em situações bem específicas. Por exemplo, a emergência do Hospital das Clínicas fechou ontem e eu estive. Falta médico aqui e ali a gente vai. Cai o teto de algum posto de saúde a gente vai, tem uma campanha de vacinação. E é assim que a gente vai levando. Eu gostaria de saber mais. Depende muito também do veículo. A gente de televisão não tem setorização. Pra gente é mais complicado. Ainda assim eu acho que deveriam ser oferecidos cursos específicos talvez pelo sindicato. Eu gostaria. Se tivesse, eu faria. Recentemente eu fiz um de economia oferecido pelo sindicato (dos Jornalistas de Pernambuco) numa parceria com a Fundação Joaquim Nabuco. Se tivesse um na área de saúde, eu faria com toda a certeza, porque eu acho que eu preciso saber mais como funciona, para que é. Eu tento ficar atenta, mas eu não sinto que seja suficiente (informação verbal).

Nenhum jornalista disse conhecer suficientemente o SUS para exercer seu trabalho de comunicador e formador de opinião, o que é negativo para o empoderamento do SUS. Foram diversas as explicações para essa situação, algumas justificáveis e outras não. Entre as primeiras, por exemplo, o fato de o jornalista ser um generalista, como colocou o jornalista 16, e entre as segundas o fato de o profissional não buscar mais informações, sobre o assunto, já que não é um tema diário de trabalho. Como fonte de informações, a maioria apontou as reportagens produzidas pelos colegas, o que gera apreensão, uma vez que todos assumiram pouco domínio sobre o assunto. Um ponto positivo foi o apontamento de prática negativa por parte da própria imprensa, como fez a entrevistada 8.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Confrontando os objetivos propostos nesta pesquisa com os resultados encontrados, é possível avaliar como superficial o conhecimento dos jornalistas atuantes nos principais veículos de comunicação do estado sobre o SUS. Embora o objetivo tenha sido avaliar o domínio desse grupo sobre alguns pontos do sistema de saúde público brasileiro, sem exigir aprofundamento sobre suas principais características e particularidades, o resultado encontrado é considerado desanimador.

Não era esperado, por exemplo, que fossem relacionados verbalmente alguns ou todos os seus princípios e diretrizes, como definidos em muitas obras da saúde pública ou nos documentos que lhe dão vida oficialmente, nem como ensinado em sala de aula, nos cursos de pós-graduação em saúde pública. Tampouco se esperava que houvesse domínio de informações sobre sua estrutura, organização e serviços disponíveis, frente às dificuldades, entraves e problemas existentes na comunicação sobre saúde e, em especial, a saúde pública.

Mas constatar que unidades não assistenciais, como a vigilância sanitária ou de produção de medicamentos não são compreendidas como instituições integrantes do SUS pelos jornalistas, e que mais da metade deles não sabem apontar as secretarias estaduais e municipais de saúde e o Ministério da Saúde como responsáveis pelo gerenciamento do sistema de saúde é preocupante. E a preocupação se torna maior quando eles mesmos assumem terem baixo conhecimento do tema.

Temos no mercado de trabalho profissionais generalistas - os jornalistas não são especialistas em nada, diferentemente dos economistas ou educadores, como declarou um dos entrevistados - que no dia a dia precisam escrever sobre diversos assuntos, sem o mínimo conhecimento de informações que podem ser consideradas básicas sobre o SUS.

Desse resultado é possível inferir que a comunicação feita por eles sobre o sistema público de saúde é restrita ao fato em si, sem aprofundamento e descontextualizado das propostas dos SUS, enquanto política de saúde pública. É fazer uma matéria informando que novos profissionais de saúde foram contratados para determinada unidade de saúde, sanando a ausência de plantonistas, sem questionar se essas contratações eram necessárias ou bastava exigir dos plantonistas o cumprimento de sua carga horária completa. Matérias sobre essa questão não abordam, por exemplo, a política de recursos humanos da saúde, ficando focadas apenas na repercussão causada pela ausência de médico entre a população.

Essa falta de domínio sobre o que é o SUS, suas propostas, estrutura, serviços etc, favorece a cobertura sensacionalista e descompromissada praticada pela mídia, que busca

audiência e não esclarecimento e conscientização. Beneficia o interesse daqueles que são contrários ao sistema, a existência de uma política de saúde pública forte e efetiva, nos contextos sociais, políticos e ideológicos.

Enquadra-se nessa situação a história relatada pelo entrevistado 6, na página 51. Ele conta sobre a repetição de uma imagem num programa de TV, que mostra uma mulher sendo carregada num lençol, para dentro da emergência, por um segurança, quando essa ação deveria ocorrer numa maca dirigida por um maqueiro.

A exibição dessa imagem repetida vezes, que não podemos chamar de matéria, vende apenas a imagem de um sistema mal sucedido, de um gestor incompetente, como lembra Oliveira (2000), na introdução, sem trazer informações sobre a sua ocorrência e contextualização, pois ninguém foi ouvido sobre o fato. Tão pouco houve esclarecimentos sobre o que diz a política de saúde sobre assistência ou direitos dos usuários, ficando apenas no sensacionalismo.

O baixo conhecimento do SUS faz pensar que isso se deve a três fatores: 1) a comunicação desse sistema, de como ele se faz conhecer por vários meios e com quais objetivos. Os entrevistados classificaram como mínima a avaliação sobre a divulgação dos SUS e as campanhas de prevenção foram as ações mais lembradas pelos entrevistados nessa área; 2) a formação de graduação do jornalismo, que não discute com profundidade temas específicos e cotidianos do jornalismo, como educação, trânsito ou cultura, e está mais direcionada para a habilitação nas técnicas de jornalismo; 3) a rotina produtiva do jornalista, que influi no processo de seleção, exclusão e enquadramento das notícias, somada com os interesses da empresa.

Nesse último caso, um dos fatores a influenciar no que vira ou não notícia é a pressão do tempo. Uma notícia não tem valor se for velha. Outro fator é a troca de informações e atualizações entre jornalistas de uma mesma empresa, que padroniza a cobertura e o enquadramento de um fato.

Diante dos resultados encontrados no estudo, deduz-se que esses jornalistas pouco contribuem para que a população se empodere desse sistema público de saúde, já que eles mesmos conhecem pouco ou quase nada sobre ele. Esse cenário torna difícil o sistema ser assimilado em sua totalidade e representa um grande desafio para o processo de construção e de gestão do SUS.

Ampliar o saber dos jornalistas sobre o Sistema Único de Saúde é uma necessidade que se faz premente e passa por vários campos, entre eles os três fatores citados acima. Só o enfoque nesses campos é suficiente para várias discussões. Fica aqui registrada a importância

e a urgência de ser dada maior atenção à política de comunicação do SUS, de pensar o uso dessa disciplina como ferramenta de divulgação, construção e consolidação do sistema.

No caso específico dos jornalistas, é necessário ser adotada uma estratégia de comunicação própria para esses profissionais, utilizando ferramentas modernas, como as mídias sociais, e/ou tradicionais como cartilhas e manuais. Outra ação que poderia ser adotada seria a oferta de mini-cursos devido a pouca disponibilidade de tempo deles, talvez divididos por temas, que favoreçam o conhecimento dessa política pública. A maior produção de pesquisas no campo da comunicação e da saúde pública também deve ser estimulada, como força de fortalecer e estreitar a relação entre esses dois campos.

REFERÊNCIAS

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (Brasil). Operadoras em atividade com beneficiários (Brasil – 2003-2010). Rio de Janeiro, 2011. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/index.php/materiais-para-pesquisas/perfil-do-setor/dados-gerais> Acesso em: 30 abr. 2011.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (Brasil). Beneficiários de planos privados de saúde, por cobertura assistencial (Brasil - 2003-2010). Rio de Janeiro, 2011. Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/index.php/materiais-para-pesquisas/perfil-do-setor/dados-gerais>> Acesso em: 30 abr. 2011.

ARAÚJO, I. S.; CARDOSO, J. M. Comunicação e Saúde. 20. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.

ARAÚJO, I. S.; CARDOSO, J. M. ; MURTINHO, R. A Comunicação no Sistema Único de Saúde: cenários e tendências. Disponível em: <http://www.alaic.net/alaic30/ponencias/cartas/Comunicacion_y_salud/ponencias/GT7_12Inesita.pdf> Acesso em: 15 maio 2011.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. NBR 5891: Regras de arredondamento na Numeração Decimal. Rio de Janeiro, 1977.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA. Levantamento do Perfil Tecnológico da Área de Comunicação no SUS Parte I - A Percepção dos Representantes de Usuários na 10ª Conferência Nacional de Saúde, 1996/1997.

BRASIL. Constituição (1988). In: _____ Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constitui%C3%A7ao.htm Acesso em: 3 mar. 2011.

BRASIL. Constituição (1988). In: _____ Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constitui%C3%A7ao.htm> Acesso em: 3 mar. 2011.

BRASIL. Emenda constitucional nº 29, de 13 de setembro de 2000, Brasília, 2000. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc29.htm> Acesso em: 3 mar. 2011.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Diário Oficial [da República Federativa do Brasil], Brasília, DF, 20 set. 1990. Disponível em:
<<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Lei%208080.pdf>> Acesso em: 3 mar. 2011.

BRASIL. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Disponível em:
<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8142.htm> Acesso em: 3 mar. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Entendendo o SUS. Brasília, 2006. Disponível em:
<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/cartilha_entendendo_o_sus_2007.pdf> Acesso em: 3 mar. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Tabela 1 - Despesas com Ações e Serviços Públicos de Saúde - segundo esfera de governo: 2000 a 2008 (em R\$ milhares correntes). Disponível em:
http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/visualizar_texto.cfm?idtxt=34796&janela=1 Acesso em: 22 abr. 2011.

BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria nº 698, de 30 de março de 2006. Brasília, 2006. Disponível em: <<http://www.diariodasleis.com.br/busca/exibmlink.php?numlink=1-92-29-2006-03-30-698>> Acesso em: 3 mar. 2011.

BRASIL Sorridente assegura implante e aparelho ortodôntico pelo SUS. Diário Popular, Pelotas, 30 abri. 2011. Disponível em:
<<http://www.diariopopular.com.br/site/content/noticias/detalhe.php?id=6¬icia=36574>> Acesso em: 15 mai 2011.

BUENO, W. C. Comunicação para a saúde: uma revisão crítica. Disponível em:
<http://www.comunicasaude.com.br/comunicasaude/artigos/jornalismo_saude/artigo12.php> Acesso em: 27 maio 2011.

CARVALHO, G. I.; SANTOS, L. Comentários à lei Orgânica da saúde – leis 8.080/90 e nº 8.142/90. 4. ed. Campinas: Unicamp, 2006.

CASTRO, J. Ipea: população se divide quanto à qualidade do atendimento no SUS. O Globo, Rio de Janeiro, 9 fev. 2011. Disponível em:
<<http://oglobo.globo.com/pais/mat/2011/02/09/ipea-populacao-se-divide-quanto-qualidade-do-atendimento-no-sus-923759508.asp>> Acesso em: 26 abr. 2011.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 8., 1986, Brasília. Relatório final. Brasília, 1986 Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_8.pdf> Acesso em: 20 abr 2011.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 9., 1992, Brasília. Relatório final. Brasília, 1993 Disponível em: < http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_9.pdf> Acesso em: 20 abr 2011.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 11., 2000, Brasília. Relatório final, Brasília: Ed. Ministério da Saúde, 2001. Disponível em:<http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_11.pdf> Acesso em: 21 maio 2011.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 13., 2008, Brasília. Relatório final. Brasília, 2008. Disponível em: < http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/13cns_M.pdf> Acesso em: 20 abr 2011.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE (Brasil). SUS: Avanços e Desafios. Brasília, 2006.

CORREIA, M. V. C. Que Controle Social? Os conselhos de saúde como instrumento Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000.

FACULDADES INTEGRADAS BARROS MELO. [Assuntos abordados no curso de Jornalismo]. Disponível em: <http://www.aeso.br/?area=c_jornalismo> Acesso em: 8 mai0 2011.

FACULDADE JOAQUIM NABUCO. [Grade curricular do curso de Jornalismo]. Disponível em: <<http://www.joaquimnabuco.edu.br/curso/grade/pal/1,1,2>> Acesso em: 8 maio 2011.

FACULDADE MAURICIO DE NASSAU. Grade curricular do curso de Jornalismo. Disponível em: <<http://www.mauriciodenassau.edu.br/curso/matriz/cid/1/col/1/hid/1/fid/1/jornalismo>> Acesso em: 8 maio 2011.

FONTINELE JUNIOR, K. Programa Saúde da Família (PSF) Comentado. 2. ed. Goiânia: AB, 2003.

FREITAS, F. Mídia e Saúde: a notícia de saúde no MGTV 1ª edição (Rede Globo), uma análise sobre o jornalismo público e sensacionalista. Revista Digital Comunicação & Saúde, São Paulo, v.3, n. 5, dez. 2006. Disponível em: <<http://www.comunicasaude.com.br/revista/05/artigos.asp>> Acesso em: 27 maio 2011

Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. SUS é mais bem avaliado por quem utiliza o serviço, 2011, Brasília. Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=7187> Acesso em: 20 maio 2011.

KUSCINSKY, B. Jornalismo e saúde na era neoliberal. Saúde e Sociedade, São Paulo, v. 11, n. 1, jul. 2002. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902002000100010&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 16 jun. 2011.

LUZ, M. T. As Instituições Médicas no Brasil: instituição e estratégia de hegemonia. 2. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1979.

MARTINS, P. C. Controle social no Sistema Único de Saúde: análise da participação social e empoderamento da população usuária do sistema sanitário. História, Ciências, Saúde-Manguinhos, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, mar. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702008000100019&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 30 abr. 2011.

MELLO, D. Planos de saúde lideram reclamações pelo Idec em 2010. Exame.com, São Paulo, 1 mar. 2011. Disponível em: <<http://exame.abril.com.br/economia/brasil/noticias/planos-de-saude-lideram-reclamacoes-pelo-idec-em-2010>> Acesso em: 15 maio 2011.

MENDES, A. C. G. A qualidade da assistência de urgência e emergência: o olhar do gestor hospitalar. In: MENDES, A. C. G. Delicadeza esquecida: avaliação da qualidade das emergências. Recife: Universitária, 2010, p. 239-278.

MERCADANTE, O. A. (Coord). Evolução das Políticas e do Sistema de Saúde no Brasil. Disponível em: <http://www.igualdade.org.br/medeiros/2002_caminhos_saude_evol_pol_saude_brasil_cap3.pdf> Acesso em: 7 maio 2011.

MINAYO, M. C. S. O desafio do conhecimento – Pesquisa Qualitativa em Saúde. 6. ed. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco, 1, 406 p.

MINAYO, M. C. S. (Org.) Pesquisa Social: teoria, método e criatividade. 29. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2010.

RABAÇA, C. A.; BARBOSA, G. G. Notícia. In: _____. Dicionário de Comunicação. 4. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2001. p. 576.

OLIVEIRA, V. C.. A comunicação midiática e o Sistema Único de Saúde. Interface, Botucatu, v. 4, n. 7, ago. 2000. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832000000200006&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 11 out 2010.

PAULUS-JÚNIOR, A.; CORDONI-JÚNIOR, L. Políticas Públicas de Saúde no Brasil. Espaço para a Saúde, Londrina, v.8, n.1, p.13-19, dez.2006.

RENOVATO, R. D.; BAGNATO, M. H. S. As contribuições do Serviço Especial de Saúde Pública para a formação profissional da Enfermagem no Brasil (1942-1960). Revista Brasileira de Enfermagem, Brasília, v. 61, n. 6, dez. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672008000600020&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 4 maio 2011.

SCHNEIDER, A. et al. Cartilha Financiamento do SUS: A luta pela efetivação do Direito Humano à Saúde. Passo Fundo: Gráfica Berthier, 2005. Disponível em: <http://www.saude.al.gov.br/files/pactopelasaude/manuais/cartilha_financiamento_do_SUS_a_luta.pdf> Acesso em: 15 maio 2011.

SCLIAR, M. História do Conceito de Saúde. Physis: Revista Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v.17, n. 1, p. 29-41, 2007.

SILVA, M. A. M.; FERREIRA, E. F; SILVA, G. A. O direito à saúde: representações de usuários de uma unidade básica de saúde. Physis: Revista Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 20, n. 4, dez. 2010 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312010000400007&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 21 maio 2011.

SOUZA E.R. et al. Construção dos instrumentos qualitativos e quantitativos. In: MINAYO, M.C.S.; ASSIS, S.G.; SOUZA, E.R. (Org.) Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p. 133-156.

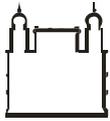
SOUZA, R. R. O sistema público de saúde brasileiro. Trabalho apresentado no Seminário Internacional Tendências e Desafios dos Sistemas de Saúde nas Américas, 2002, São Paulo. Disponível em: <http://www.opas.org.br/observatorio/arquivos/Sala299.pdf>. Acesso em: 27 abr. 2011

VILANOVA, C. R. C. Comunicação: teoria e prática no Sistema Único de Saúde. 2004. Trabalho de conclusão de Curso (Especialização em Comunicação e Saúde Pública) – Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2004.

UNIVERSIDADE CATÓLICA. Grade curricular do curso de Jornalismo. Disponível em:
<http://www.unicap.br/graduacao/pages/?page_id=156> Acesso em: 8 maio 2011.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO. Grade curricular do curso de Jornalismo. Disponível em:
<http://www.ufpe.br/proacad/images/cursos_ufpe/comunicacao_social_jornalismo_perfil_9605.pdf> Acesso em: 8 maio 2011.

APÊNDICE A – ROTEIRO DE ENTREVISTA



Ministério da Saúde

FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz

Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães

Roteiro de Entrevista

Dia ___/___/___ **Horário: Início** _____ **Fim** _____

Entrevista nº _____

Sexo: [] Masculino [] Feminino

Idade: _____

Escolaridade: [] Graduação [] Especialização [] Mestrado [] Doutorado

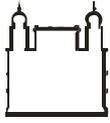
Função: [] Repórter [] Editor [] Produtor [] Apresentador

Veículo no qual trabalha [] Rádio [] TV [] Jornal

Tempo de serviço _____

01. O que você entende por saúde?
02. O que você entende por direito à saúde?
03. O que é o sistema público de saúde?
04. Como é constituído o SUS?
05. Quem é o responsável pelo SUS?
06. Quem tem direito a ser atendido?
07. De onde vem o dinheiro para o SUS?
08. Qual o controle social no SUS?
09. Você acha que a população é bem informada sobre o SUS?
10. Quais serviços que oferece?
11. Qual a qualidade da assistência prestada?
12. Como você avalia a divulgação sobre o SUS?
13. Como melhorar a divulgação de informações sobre o SUS?
14. Como você avalia seu conhecimento sobre esse sistema?

APÊNDICE B



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz

Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

A estudante do Curso de Especialização em Saúde Pública do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães (CPqAM/Fiocruz), Fabíola Tavares de Oliveira, convida o(a) Sr.º (a) para participar da pesquisa “Avaliação do conhecimento dos jornalistas que atuam no Recife e em Olinda (PE) sobre o Sistema Único de Saúde (SUS)”, a ser realizada como projeto de conclusão do referido curso. O estudo tem por objetivo avaliar o conhecimento e a divulgação dos jornalistas que atuam no Recife e em Olinda (PE) sobre o SUS. O possível risco que poderá decorrer de sua participação é o de constrangimento diante de algum questionamento, mas o(a) Sr.º(a) tem a nossa garantia de que seus dados pessoais serão mantidos em sigilo. Sua participação irá colaborar com o objetivo da pesquisa que, conseqüentemente, revelará se há necessidade ou não de ser aperfeiçoado o conhecimento e a divulgação sobre o SUS por parte dos jornalistas de Recife e Olinda.

O(a) Sr.º(a) foi escolhido (a) por sorteio e sua participação se dará por meio de uma entrevista gravada, para posterior transcrição, que seguirá um roteiro com 14 perguntas previamente estabelecidas. A participação é voluntária. Caso mude de idéia, o(a) Sr.º(a) poderá ser retirar seu consentimento, em qualquer momento da investigação, sem qualquer penalização. Para isso bastará entrar em contato com a pesquisadora Fabíola Tavares de Oliveira pelo telefone 8849.5733.

Consentimento Pós-Informações

Eu, _____, autorizo Fabíola Tavares de Oliveira a utilizar as informações obtidas na citada pesquisa e em reuniões, congressos e publicações científicas, preservando, nesse caso, a minha identidade. Autorizo também que o material coletado (questionário e fita gravada) passe a fazer parte de um banco de dados para estudos posteriores. Para que os dados dessa pesquisa sejam utilizados no futuro, isso só se dará mediante uma nova autorização da minha parte, estando a pesquisadora ciente disso. Este banco de dados ficará sob guarda da pesquisadora responsável por este estudo. Este termo de consentimento foi assinado em duas vias, uma ficando em meu poder e a outra com a pesquisadora. O documento me foi totalmente explicado e eu entendi totalmente seu conteúdo.

Assinatura: _____ Data: ___/___/___

(participante da pesquisa)

Assinatura: _____

(pesquisador)

ANEXO



Título do Projeto: “Avaliação do conhecimento dos jornalistas que atuam no Recife e em Olinda (PE) sobre o Sistema Único de Saúde”.

Pesquisador responsável: Fabíola Tavares de Oliveira.

Instituição onde será realizado o projeto: CPqAM/Fiocruz

Data de apresentação ao CEP: 19/10/2010

Registro no CEP/CPqAM/FIOCRUZ: 75/10

Registro no CAAE: 0076.0.095.000-10

PARECER Nº 73/2010

O Comitê avaliou as modificações introduzidas e considera que os procedimentos metodológicos do Projeto em questão estão condizentes com a conduta ética que deve nortear pesquisas envolvendo seres humanos, de acordo com o Código de Ética, Resolução CNS 196/96, e complementares.

O projeto está aprovado para ser realizado em sua última formatação apresentada ao CEP e este parecer tem validade até 01 de dezembro de 2013. Em caso de necessidade de renovação do Parecer, encaminhar relatório e atualização do projeto.

Recife, 01 de dezembro de 2010.

Giselle Campos de Oliveira
Farmacêutica
Coordenadora
Mat. SIAPE 0463378
CPqAm / FIOCRUZ

Observação:

Anexos:

- Orientações ao pesquisador para projetos aprovados;
- Modelo de relatório anual com 1º prazo de entrega para 01/12/2011.