

Saúde na mídia: direito social de subcidadãos¹

José Antônio Ferreira CIRINO²

Simone Antoniaci TUZZO³

Universidade Federal de Goiás, Goiânia, GO

Resumo

Este artigo compõe um estudo macro sobre Comunicação, Cidadania e Saúde, e essa etapa sustenta-se em uma pesquisa bibliográfica para lançar olhares na abordagem da saúde nos veículos midiáticos, bem como um resgate histórico da saúde pública desde à época do Brasil colonial até chegar em uma análise de conjuntura de alguns aspectos do Sistema Único de Saúde (SUS) a fim de investigar a saúde pública como um direito social noticiado para subcidadãos.

Palavras-Chave: saúde, direito social, mídia, cidadania, subcidadania;

Saúde Pública no Brasil: Da Colônia à Vargas

De acordo com Paim (2009, p. 17) “é preciso saber o que existia antes do SUS para que possamos avaliá-lo, valorizá-lo e aperfeiçoá-lo. É necessário conhecermos um pouco da história da organização sanitária no Brasil para compreendermos por que o SUS representa uma conquista do povo brasileiro”. Para promover esta pesquisa foi necessário, então, resgatar as bases históricas da saúde pública no Brasil e entender o Sistema Único de Saúde no objetivo de demonstrar que o processo histórico favorece o posicionamento midiático atual.

Paim (2009) afirma que historicamente o Brasil tinha uma organização sanitária que se assemelhava ao da metrópole. Machado *et al* (1978) contribuem que os colonizadores portugueses em meados do século XVIII não se preocupavam efetivamente com a saúde ou a eliminação das causas que provocavam as doenças. A atuação nessa época convinha apenas a evitar a morte, atendendo aos casos já finais das doenças e acidentes. Prevenção não estava pautada por Portugal no comando do Brasil.

¹ Trabalho apresentado no DT 6 – Interfaces comunicacionais do XVIII Congresso de Ciências da Comunicação na Região Centro-Oeste realizado de 19 a 21 de maio de 2016.

² Doutorando em Comunicação (UFMG). Mestre em Comunicação (UFG). Especialista em Gestão de Projetos (IPOG). Graduado em Comunicação Social com habilitação em Publicidade e Propaganda (IESRIVER) e graduado em Gestão de Marketing (UNIP). Participante do Laboratório de Leitura Crítica da Mídia da UFG. E-mail: cirino.jaf@gmail.com

³ Pós-Doutora e Doutora em Comunicação pela UFRJ, Mestre e Graduada em Comunicação pela UMESP, Docente do PPGCOM e Coordenadora do Laboratório de Leitura Crítica da Mídia - da Universidade Federal de Goiás – UFG. E-mail: simonetuzzo@hotmail.com

Com a chegada da Corte Portuguesa no Brasil datada de 1808 todo o processo administrativo da colônia foi alterado, inclusive a área da saúde, sendo a cidade do Rio de Janeiro – principal porto do país e a sede do império português – escolhida para ser o centro das ações sanitárias. Para desenvolver esse segmento, que por muito tempo não era foco da colônia, foi necessário criar com agilidade novos centros de formação acadêmica para os profissionais médicos. Foi um avanço, pois até esse momento eram proibidas as instituições de ensino superior nas colônias (BRASIL, 2011). Dentre as ações empreendidas estava a criação da Junta de Higiene Pública, que em princípio não obteve sucesso em sua meta de colaborar para a saúde da população.

Por volta de 1829, foi criada a Junta de Higiene Pública, que se mostrou pouco eficaz e, apesar de várias reformulações, não alcançou o objetivo de cuidar da saúde da população. No entanto, é o momento em que instâncias médicas assumem o controle das medidas de higiene pública. Seu regulamento é editado em 20 de setembro de 1851 e a transforma em Junta Central de Higiene Pública. Tem como objetivos a inspeção da vacinação, o controle do exercício da medicina e a polícia sanitária da terra, que engloba a inspeção de alimentos, farmácias, armazéns de mantimentos, restaurantes, açougues, hospitais, colégios, cadeias, aquedutos, cemitérios, oficinas, laboratórios, fabricas e, em geral, todos os lugares de onde possa provir dano à saúde pública. [...] A Junta não resolveu os problemas de saúde pública. Mas, embora não tenha destruído as epidemias, ela marca uma nova etapa na organização da higiene pública no Brasil. Essa forma é que será mantida durante o século XIX. A fase imperial da história brasileira encerrou-se sem que o Estado solucionasse os graves problemas de saúde da coletividade. Tentativas foram feitas, mas sem os efeitos desejados (BRASIL, 2011, p. 10-11).

Com a Proclamação da República em 1889 e o desejo de modernizar o Brasil e suas práticas públicas, tentando abandonar os preceitos de sociedade escravista que até pouco tempo dominava o país, foi possível ver o trabalhador brasileiro como *capital humano*. Em um documento com resgate histórico publicado pelo Conselho Nacional dos Secretários de Saúde - CONASS, consta que essa ideia tinha o objetivo de “reconhecimento de que as funções produtivistas são as fontes geradoras da riqueza nas nações. Assim, a capacitação física e intelectual dos operários e dos camponeses seria o caminho indicado para alterar a história do país” (BRASIL, 2011, p. 11).

Em um país predominantemente rural, em 1920 o Brasil ainda possuía 70% de sua população analfabeta. No que tangia as questões sociais – que incluía a saúde - era de responsabilidade do Estado, conforme estabelecido pela Constituição de 1891 (BRASIL, 2011).

As políticas de saúde, cujo início efetivo pode ser indicado em fins da década de 1910, encontravam-se associadas aos problemas da integração nacional e à consciência da interdependência gerada pelas doenças transmissíveis. Foi o resultado do encontro de um movimento sanitarista, organizado em torno da proposta de políticas de saúde e saneamento, com a crescente consciência por parte das elites políticas sobre os efeitos negativos do quadro sanitário existente no país (BRASIL, 2011, p. 12).

Com a falta de uma estrutura sanitária no país, cada cidade brasileira ficou em situação alarmante devido às epidemias que se espalhavam.

No início do século XX, a cidade do Rio de Janeiro apresentava um quadro sanitário caótico, caracterizado pela presença de diversas doenças graves que acometiam a população, como a varíola, a malária, a febre amarela e, posteriormente, a peste. Esse quadro acabou gerando sérias consequências, tanto para a saúde coletiva quanto para outros setores, como o do comércio exterior, visto que os navios estrangeiros não mais queriam atracar no porto do Rio de Janeiro em razão da situação sanitária existente na cidade. A incorporação dos novos conhecimentos clínicos e epidemiológicos às práticas de proteção da saúde coletiva levou os governos republicanos, pela primeira vez na história do país, a elaborar minuciosos planos de combate às enfermidades que reduziam a vida produtiva, ou útil, da população. Diferentemente dos períodos anteriores, a participação do Estado na área da saúde tornou-se global: não se limitava às épocas de surto epidêmico, mas se estendia por todo o tempo e a todos os setores da sociedade. A contínua intervenção estatal nas questões relativas à saúde individual e coletiva revela a criação de uma “política de saúde”. (BRASIL, 2011, p. 12)

As epidemias assombravam as cidades, como a peste bubônica, por exemplo, o que ocasionou na criação de duas das principais instituições de pesquisa biomédica e saúde pública do país: o Instituto Oswaldo Cruz e o Instituto Butantan (BRASIL, 2011). Em 1920, com a primeira safra dos recém-formados em medicina nas instituições brasileiras foram alcançados importantes resultados, como a criação do Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP). Nesse período foram sugeridas algumas bases que oportunizariam a criação de um Sistema Nacional de Saúde.

As mudanças institucionais promovidas pelo governo Vargas em 1930 marcaram a história sendo uma das principais alterações perante as políticas sociais do país. Algumas dessas mudanças: em 1937 a nova constituição; em 1940 a imposição de um sindicato único; e com a regulamentação da justiça do trabalho em 1943 foi homologada a Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT).

Em relação à saúde, destaque para:

As políticas de saúde, então implementadas, corresponderam a alterações em diversos campos. Na esfera institucional, a principal mudança consistiu na criação do Ministério da Educação e Saúde Pública (Mesp), o qual passou por sucessivas reformulações. Ao Mesp cabia a saúde pública, ou melhor, tudo que dissesse respeito à saúde da população e que não se encontrava na área da medicina previdenciária, desenvolvida no Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio. O Mesp fazia a prestação de serviços para aqueles identificados como pré-cidadãos: os pobres, os desempregados, os que exerciam atividades informais, ou seja, todos aqueles que não se encontravam habilitados a usufruir os serviços oferecidos pelas caixas e pelos serviços previdenciários. Tal dualidade tornou-se uma das marcas do sistema de proteção social de saúde no Brasil, formalizando no campo da saúde uma separação, uma distinção institucional entre duas áreas de gestão em políticas públicas de saúde, que marcaria definitivamente as ações de saúde no Brasil (BRASIL, 2011, p.14-15).

Em 1946 foi promulgado mais uma constituição iniciando um período de 19 anos de experiência democrática. Naquele momento a saúde pública já havia sido estruturada e centralizada com alguns programas e serviços, visando implementar as campanhas e ações sanitárias necessárias.

Sistema Único de Saúde

O Sistema Único de Saúde completou 28 anos desde sua criação com a Constituição Federal de 1988 e tem como princípios:

Entre os vários princípios e diretrizes assistenciais e organizacionais do SUS estão: universalidade, integralidade, igualdade, intersetorialidade, direito à informação, autonomia das pessoas, resolutividade, uso da epidemiologia para planejar e alocar recursos, descentralização, regionalização, hierarquização, gestor único por esfera, complementariedade e suplementariedade do privado, financiamento da União, Estados e Municípios e participação da comunidade (CARVALHO, 2012).

Para Paim (2009) é comum que os profissionais diretamente envolvidos com o SUS tenham uma noção do que ele seja, mas a comunidade - os cidadãos que utilizam o sistema - não conseguem conceber claramente o que é o SUS. Tanto é que “uma pesquisa de opinião realizada em 2003 indicou que somente 35% dos brasileiros souberam citar, espontaneamente e com precisão, o que significa SUS” (PAIM, 2009, p. 27).

O sistema vem sendo implantado ano após ano, devido a sua complexidade e necessidade de adaptação às mudanças do país. Antes do próprio SUS e a CF de 1988, houve uma crise no modelo médico assistencial privatista, que na época era forte devido a industrialização no Brasil (BRASIL, 2006).

As mudanças políticas e econômicas que se deram nos anos 1970 e 1980 determinaram o esgotamento desse modelo sanitário. Essas crises e o processo de redemocratização do país determinaram novos rumos nas políticas públicas e fizeram surgir, na arena sanitária, sujeitos sociais que propugnavam um modelo alternativo de atenção à saúde. Nos anos 1970, surgiram os primeiros projetos-piloto de medicina comunitária, realizados por instituições acadêmicas e Secretarias de Saúde, que desaguaram, em 1979, num programa de atenção primária seletiva, o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (Piass). Paralelamente, começavam a se desenvolver as primeiras experiências de municipalização da Saúde. (BRASIL, 2006, p. 22-23)

Dentro da *medicina comunitária* desenvolveu-se o movimento sanitário. Já em 1980 a crise da Previdência Social ocasionou na fundação do Conselho Consultivo de Administração de Saúde Previdenciária (CONASP), provendo principalmente as Ações Integradas de Saúde (AIS) em 1983. O Suds - Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde foi um modelo anterior ao SUS, que abriu o caminho para o futuro sistema único que surgiria. Três anos depois foi realizada a VIII Conferência Nacional de Saúde que culminou na elaboração da Seção de Saúde da CF 88 (BRASIL, 2006).

De acordo com o documento elaborado pelo CONASS (BRASIL, 2006) o relatório final da conferência apontou três grandes pontos necessários para a reforma da saúde no país: olhar a saúde de maneira ampla; a saúde como direito da cidadania e dever do Estado; e prover um sistema único de saúde.

Como decorrência da Constituição Federal, elaborou-se, no período de 1989 a 1990, a Lei n. 8.080 de setembro de 1990, que dispõe acerca das condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, as Constituições Estaduais e as Leis Orgânicas Municipais. Os vetos presidenciais, colocados numa lei acordada no Congresso Nacional, atingiram pontos fundamentais como a instituição dos Conselhos e das Conferências de Saúde. Uma intensa reação da sociedade civil organizada levou à Lei n. 8.142, de dezembro de 1990, que regula a participação da comunidade no SUS. (BRASIL, 2006, p. 24)

Da mesma forma em que o SUS necessitou de vários anos para sua efetiva criação devido à grave crise enfrentada pelo país no final da década de 1980 e início da década de 1990 (PAIM, 2009) e talvez mais algumas décadas para funcionar de maneira adequada, foram necessários vários anos para que se consolidasse, enfrentando inclusive muita rejeição. Dentre essas mudanças e renovações necessárias, o Pacto pela Saúde, realizado em 2005, se caracterizou como um acordo interfederativo que unia os chamados “Pacto pela Vida”, “Pacto em Defesa do SUS” e o “Pacto de Gestão”, com foco no aprofundamento da descentralização do SUS.

O pacto, especificamente em defesa do SUS, teve como meta implementar a mobilização social para mostrar a saúde como direito de cidadania e o SUS como sistema público universal que garante esses direitos – percebe-se que colocar a saúde como direito de cidadania já era uma meta desde 1988 e até 2006 ainda se fazia necessário implementar pactos e campanhas que reforçavam isso; outra proposta era de garantir o incremento de recursos financeiros necessários para a área de saúde e aprovar o orçamento do SUS nas três esferas de gestão (BRASIL, 2011).

Paim (2009) apresenta uma distinção bastante útil, explicando que existe o sistema de saúde e o sistema de serviços de saúde. O primeiro é de responsabilidade de diversos agentes da sociedade, dentre eles a própria mídia, as escolas, indústrias, universidades, etc., por tratar-se de um sistema mais amplo e complexo de funcionamento da saúde. O que sugere que a mídia possui um papel fundamental nessa questão e deveria contribuir com o funcionamento do sistema de saúde. Já o sistema de serviços de saúde são as tradicionais unidades de saúde, hospitais, postos de saúde, etc., que se conhece como a tradução mais direta do SUS. E para esse complexo sistema funcionar são necessários recursos financeiros.

Para a continuidade do estudo sobre o SUS empreendeu-se uma análise de conjuntura a partir dos dados empíricos encontrados na mídia, órgãos e instituições oficiais. Quanto aos recursos financeiros para subsidiar o SUS, o Brasil possui um dos menores investimentos na saúde pública. A revista *Veja* (2012) publicou uma notícia em seu site com os gastos públicos dos cinco países considerados os melhores na assistência em saúde para sua população, sendo eles: Canadá (8% do PIB); Reino Unido (8,2% do PIB); Espanha (7% do PIB); Suécia (8,1% do PIB); França (9,3% do PIB). A Organização Mundial da Saúde (OMS) estabelece 5,5% do PIB como gasto público médio, sendo que o Brasil investe apenas 3,7%. Seria necessário que a saúde pública gastasse mais 60 bilhões de reais a fim de acompanhar o indicado pela OMS (MENDES, 2012), o que demonstra que o Sistema Único de Saúde (SUS) tem um orçamento inferior ao necessário para abastecer todas as unidades públicas do país, resultando em atendimentos precários à população.

O desfinanciamento do SUS é um fato comprovado e salientado por Carvalho (2012), tendo em vista algumas transições que o país sofreu nas últimas décadas: transição demográfica – a mortalidade infantil diminuiu e a expectativa de vida aumentou; transição epidemiológica - novas doenças convivem com as antigas; transição nutricional - as pessoas estão comendo muito e com péssima qualidade de alimentos e diversidade de nutrientes,

gerando uma população obesa e em outras partes subnutrida; transição tecnológica - novos exames e tecnologias que exigem maior investimento; transição cultural - há uma nova consciência em relação à saúde, e a própria necessidade do consumo se transferiu para a saúde, com maior demanda de atendimentos. Afinal, com mais informações e conhecimentos, maior é a consciência de um corpo e mente saudáveis.

A Confederação Nacional de Saúde (CNS, 2015) em agosto de 2015 divulgou os seguintes dados: dos 281.058 serviços de saúde em todo o país, 203.532 são privados e apenas 77.526 públicos (o que representa 27,58% do total). Dos serviços de saúde em geral, no total são 6.701 hospitais, sendo 70% particulares, 21% municipais, 8% estaduais e 1% federais (totalizando 30% públicos). Os números ficam contraditórios quando é verificada a quantidade de leitos: ainda de acordo com o CNS (2015), são no total 496.662 leitos hospitalares no Brasil, destes, 341.754 são SUS, representando 68,81%. Esse número se justifica, pois não são somente os hospitais públicos que atendem o SUS, mas também os hospitais filantrópicos e santas casas de misericórdia que representam grande parte desse resultado e que por anos foram o grande apoio do sistema público. Outro número importante a ser analisado é a quantidade de médicos ativos no Brasil, com informações do Conselho Federal de Medicina, descobre-se que em agosto de 2015 totalizaram 441.818 médicos no país. De fato, é um número considerável de médicos, o que coloca uma indagação: por que faltam profissionais em tantos locais? Isso é ocasionado pelas áreas de concentração: 54,88% na região Sudeste; 17,64% na região Nordeste; 15,01% na região Sul; 7,98% na região Centro-Oeste; e por fim apenas 4,47% na região Norte (CNS, 2015). Essa desigualdade da alocação dos profissionais médicos não é proporcional à população das regiões, visto que a população estimada em 2013 (IBGE) da região Norte era de 16.983.484 habitantes, considerando a quantidade de médicos alocados na região, representa 858,27 habitantes/médico. Já na região Sudeste, que possui maior concentração dos profissionais médicos, com uma população estimada em 2013 (IBGE) de 84.465.570 habitantes, considerando a quantidade de médicos nessa região, afere-se 348,33 habitantes/médico. Os cálculos de relação habitantes das regiões por médicos ativos foram obtidos com base nos dados divulgados pelo Conselho Federal de Medicina de Agosto de 2015 e as estimativas do IBGE para 2013.

De fato, há discrepância nessa situação. E ao consultar as orientações da Organização Mundial de Saúde, há uma estimativa de 01 (um) médico para cada mil habitantes, mas com a ressalva de que para esse parâmetro valer todo o sistema de saúde

deve estar estruturado, considerando ainda que os atendimentos básicos e preventivos sejam realizados periodicamente (PORTAL MÉDICO, s./d.). A questão é agravada não somente pela má distribuição de médicos nas regiões, estados e cidades, mas também a própria indisponibilidade dos profissionais da categoria em atuarem para o sistema público. Em grande parte, devido à falta de incentivo financeiro, com uma tabela cada vez mais defasada de pagamentos dos profissionais e dos estabelecimentos, e outra parte pelos altos valores praticados no sistema privado, o que torna o custo/benefício de atender o paciente SUS cada vez mais inviável e distante da realidade.

Saúde e (sub)cidadania

Uma das óticas possíveis para a análise da saúde como direito social dentro do âmbito da cidadania, e como ela é representada a partir das lentes midiáticas, refere-se ao conceito base da dualidade do poder aquisitivo: classe proprietária ou capitalista *versus* a classe trabalhadora. A primeira refere-se aos patrícios, nobres de natureza. A classe trabalhadora são os plebeus, assalariados ou autônomos. Essa distinção faz-se necessária para compreender os direitos sociais, pois apenas a classe trabalhadora está sujeita a esses *direitos* (SINGER, 2008). Por isso são chamados direitos condicionais, eles “vigem apenas para quem depende deles para ter acesso a parcela da renda social, condição muitas vezes fundamental para sua sobrevivência física e social – e, portanto, para o exercício dos demais direitos humanos” (SINGER, 2008, p. 191).

Quem necessita da educação e saúde gratuita para todos é a classe trabalhadora ou os subcidadãos. A classe capitalista, não necessita de tais benesses do Estado para sobreviver afinal podem pagar por eles. Talvez comece aí o motivo de cidadania, direitos sociais, humanos e todas estas palavras estarem sempre associadas ao pobre e sua busca constante. Ideia errônea, tendo em vista que todos os cidadãos pagam seus impostos para ter acesso aos direitos sociais, como a própria saúde pública. A estratégia sempre foi a de tratar os direitos sociais como benefícios aos pobres para que os ricos não intentem utilizá-lo, o que causaria mais superlotações ao sistema e inviabilizaria todo o mercado privado que existe em torno dos direitos sociais básicos, como educação, saúde e transporte. Mantendo assim o ciclo do consumo e o mercado aquecido com cada vez mais demanda pelo serviço particular em detrimento ao serviço público que deveria ter qualidade e capacidade para atender todos.

Em vários momentos ao discutir a cidadania há a impressão de sua inexistência ou incompletude. A cidadania a partir da ótica da mídia e que é apropriada, *ressignificada* e utilizada pelos cidadãos refletem essa situação.

A mídia apresenta o conceito de cidadania como algo em busca, o ideal de quem ainda não é cidadão e precisa chegar a essa categoria existencial. Não encontramos a palavra subcidadania nos discursos midiáticos, o que poderia nos levar num primeiro momento a compreender que a mídia não considera a subcidadania. Mas isso seria um erro, porque na verdade a mídia trabalha frequentemente com subcidadania em seus discursos e não com cidadania. Na verdade fala-se a palavra cidadania, mas sempre no sentido de tudo que falta, de um objetivo a ser alcançado. Os conceitos de cidadania são, na verdade, conceitos de subcidadania. O discurso é feito para o subcidadão, sob o título de “busca pela cidadania”, a subcidadania encontrou um sinônimo capaz de não chocar os pertencentes a esta categoria. (TUZZO, 2014, p. 176).

O conceito de subcidadania foi apresentado inicialmente no livro de Souza (2012) “A construção social da subcidadania”. Esse termo pode ser identificado nas representações e discursos midiáticos referente à saúde, pois o que é abordado é na maioria das vezes algo que falta. O cidadão nunca pleno busca o atendimento, ou qualidade nesse atendimento, ou até mesmo, que o próprio atendimento aconteça. Encarar a subcidadania é aceitar a condição *sub* em que a sociedade está mergulhada (TUZZO, 2014).

A falta da constatação por não analisar os processos intrínsecos à produção jornalística é o que leva, sobremaneira, a sociedade a pensar somente no que está nas linhas, deixando as entrelinhas falarem abertamente na sua concepção de mundo, colaborando para a criação das representações sobre saúde, saúde pública, hospitais, e etc.

A pesquisa proposta por Tuzzo (2014) na mídia impressa e eletrônica no período de 30 de agosto a 05 de dezembro de 2013 analisou o emprego da palavra cidadania e o que elas significavam para o entendimento dela, o resultado foram os termos recorrentes de *desejo de cidadania* como uma *expressão de falta*.

O cidadão é aquele que está na sociedade de forma economicamente privilegiada e pode pagar pela cidadania, comprando saúde, educação, segurança, lazer, por exemplo, ou seja, a cidadania é comprada, é privada, disponível e acessível para quem pode pagar por ela. Assim, cidadania tem a ver com o privado e a busca da cidadania tem a ver com o que é público. Cidadania é a plenitude de existência do rico e a busca constante do pobre. (TUZZO, 2014, p. 177).

É passível, então, de entendimento, que o lugar de situação da população que necessita dos serviços de saúde é dos “[...] desprivilegiados economicamente” que “são subcidadãos, categorizados no discurso midiático dos desejantes, buscadores da cidadania,

pedintes de uma doação do Estado [...]” (TUZZO, 2014, p. 176). Singer (2008, p. 194) cita uma frase de John Garraty, historiador norte-americano: “qualquer um a não ser que seja idiota sabe que as classes baixas precisam ser mantidas na pobreza ou nunca serão industriosas”. Essa sentença reveladora é por si só o que foi sentenciado a todos os pobres: uma vida em que se há a esperança da ascensão, mas sem realmente oferecê-la, para que todos continuem pobres e sejam *industriosos*, ou em outros termos, continuem produzindo e mantendo o sistema. Os direitos sociais seriam uma forma assistencialista de oferecer o suficiente para continuar a vida, mas fatalmente sem oferecer oportunidade de melhorias reais.

No século XX, a luta pela cidadania se confundiu com a luta pelos direitos sociais, ou seja, por condições materiais que permitissem seu pleno exercício. Bem antes de a simples igualdade perante a lei ter sido universalizada, a percepção de que aquela não bastava para o exercício cabal do direito caracterizou os movimentos operários europeus do século XIX, e toda a sensibilidade social e cultural da época. (COGGIOLA, 2008, p. 311)

Manzini-Covre (2006, p. 14-15) define que “os direitos sociais dizem respeito ao atendimento das necessidades humanas básicas. São todos aqueles que devem repor a força de trabalho, sustentando o corpo humano - alimentação, habitação, saúde, educação etc.” Um destes direitos sociais garantidos pela Constituição Federal Brasileira é a saúde. As notícias publicadas pelos veículos de comunicação do Brasil, em sua maioria, demonstram que esse ainda é um dos principais pontos a serem melhorados pelo Governo, pois, de acordo com a abordagem da mídia, o sistema é falho e ineficiente, carecendo de investimentos que vão além da simples contratação de mais recursos humanos.

A Constituição Federal do Brasil, de 1988, as Leis Federais N.º 8.080 e 8.142, de 1990, e as Normas Operacionais e, mais recentemente, o Pacto pela Saúde, resultante de acordos tripartites delas decorrentes, definem a descentralização, a regionalização e a mudança do modelo assistencial como as estratégias mais significativas para a execução da política pública de saúde no País, ou seja, a implantação do Sistema Único de Saúde. O processo de descentralização e regionalização transferiu aos municípios deveres e responsabilidades na atenção à saúde da população, que antes correspondiam ao Governo Federal e, principalmente, aos governos estaduais. Ampliaram-se a autonomia e o poder de decisão municipal para a definição de ações estratégicas ao enfrentamento dos problemas e necessidades locais. Conferiu-se ao município a possibilidade de gestão total do seu sistema de saúde, na perspectiva de conformação de redes locais de serviços capazes de ofertar atenção à saúde a sua população de forma integral, resolutiva e humanizada. A conjuntura atual apresenta-se ainda mais complexa em função das enormes dificuldades decorrentes da falta de uma gestão mais qualificada (RIBEIRO, 2011, p. 1).

Dallari (2004) traz que Saúde é o segundo direito garantido na constituição e que sua aplicação se refere a algo mais amplo do que simplesmente relacionado à doença. “Embora o direito à saúde tenha sido difundido internacionalmente, desde a criação da Organização Mundial da Saúde (OMS), em 1948, somente quarenta anos depois o Brasil reconheceu formalmente a saúde como direito social” (PAIM, 2009, p. 27). O que também denota uma vagarosa atenção a esse direito social no país.

Normalmente, quando se fala em saúde logo se pensa em combate à doença e, por conseguinte, no direito ao médico ou ao hospital. Em conversa recente, um colega da Faculdade de Direito da Universidade de São Paulo – habitualmente inclinado a negar importância aos temas de direitos humanos – disse que considerava um absurdo falar, por exemplo, em direito à saúde, por que o Estado não pode impedir que as pessoas adoçam. Respondi que, levando-se ao extremo esse tipo de raciocínio, não se poderia sustentar a existência do direito à vida, pois o Estado não pode impedir que as pessoas morram. A rigor, não se poderia afirmar a existência de qualquer direito, pois não há como impedir que qualquer deles seja violado (DALLARI, 2004, p. 39).

A discussão do que é propriamente saúde e como o Estado deve atuar para garantir esse direito à população torna-se repetitiva, seja pelo interesse de retirar o foco do tema principal ou pelo desconhecimento quanto ao complexo sistema de saúde. Para dirimir dúvidas quanto a definição de saúde, a OMS – Organização Mundial da Saúde traz um conceito, apresentado por Dallari (2004):

Com a proclamação, a garantia e a promoção de direitos o que se dá é o reconhecimento de que o direito existe e deve ser respeitado por todos, devendo-se fazer o possível para que ele seja efetivado. No caso do direito à saúde, é importante saber que a Organização Mundial da Saúde define saúde como “o estado de completo bem-estar físico, psíquico e social”. Por isso, as questões relativas ao meio ambiente, à alimentação, à habitação, bem como à assistência médico-hospitalar e aos medicamentos são ligados ao direito à saúde. Todos os esforços, portanto, deverão ser feitos para que se atendam a essas necessidades humanas (DALLARI, 2004, p. 39-40).

Esse conceito, apesar de se demonstrar como um modelo ideal de saúde - e por alguns momentos até utópico -, não traz questões concretas de como alcançar a saúde que anteriormente era vista apenas como a ausência da doença, tal qual um signo que só podia ser explicado a partir de outro, quase tautológico.

[...] a palavra de origem latina *salute* — salvação, conservação da vida — vem assumindo significados muito diversos, pois a concepção de saúde que permeia as relações humanas não pode ser compreendida de maneira abstrata ou isolada. Os valores, recursos e estilos de vida que contextualizam e compõem a situação de saúde de pessoas e grupos em diferentes épocas e formações sociais se expressam

por meio de seus recursos para a valorização da vida, de seus sistemas de cura, assim como das políticas públicas que revelam as prioridades estabelecidas (SEF, s/d).

À luz dessa afirmação tem-se uma visão mais clara da saúde alicerçando como base as prioridades aplicadas pelo Estado no trato e cuidados para com sua população. De fato, o conhecimento abstrato de saúde deve ser encarado como algo real e que deve ser vivido e sentido. Uma população saudável não é somente a que tem índices de mortalidade baixos ou maior expectativa de vida, mas sim a que apresenta menos situações conflituosas entre os interesses de sua população para o sentimento de bem-estar, e os torna conscientes de seus direitos.

O médico especialista em saúde pública, Scliar (2007), explica ainda que na Constituição Federal de 1988 também não delimita o conceito de saúde, atendo-se apenas a citar que “a saúde é 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 (...)” (SCLIAR, 2007, p. 39). Com isso a CF deixou em aberto, cabendo aos governantes de cada quadriênio a responsabilidade de escolher quais as frentes de atuação para garantir políticas de saúde à população.

Considerações

Com esse levantamento bibliográfico pretendeu-se elucidar sobre a situação da saúde pública no país, demonstrando a realidade social enfrentada pelo sistema de saúde através da análise de conjuntura e o resgate histórico desse direito social no Brasil, mas acima de tudo, lançar olhares para o papel da mídia – imprensa e jornalistas – para a construção da representação da saúde.

Em um dos artigos resultantes da pesquisa macro que esse estudo se insere, buscou compreender o significado da saúde apresentado nas notícias publicadas na editoria de Política & Justiça do Jornal Diário da Manhã, periódico diário goiano.

A partir de uma leitura crítica e uma análise social das 102 notícias que constituíram o corpus, verificou-se que a saúde é mencionada para fins eleitoreiros, com pouca participação da população como voz direta ou indireta, tratada na maioria das vezes com assuntos de investimentos e serviços públicos (unidades de atendimento em saúde), deixando em segundo plano as orientações e informações sobre saúde pública e preventiva, e todas as outras questões inerentes ao complexo sistema de saúde. (CIRINO e TUZZO, 2015b, p. 1)

Os resultados mostram que, seja para o comum uso eleitoreiro ao vangloriar ações e investimentos atribuindo a políticos específicos, ou com fins mercadológicos ao desmerecer

o serviço público para o incentivo e maior procura pelos serviços privados, a saúde tem sido abordada de maneira superficial e preconceituosa pela mídia brasileira. Por isso, a razão essencial de compreender a relação da saúde e seu viés de direito social dentro da olhar comunicacional é a teorização elaborada por Cirino e Tuzzo (2015a), que a mídia é um agente social da saúde, defendendo a necessidade de pesquisar o discurso jornalístico das coberturas de tópicos em saúde para propor caminhos para avançarmos rumo à uma mídia cidadã, menos superficial e parcial em seus textos, pois os estudos de Comunicação e Saúde consideram os dispositivos mediáticos como essenciais para o funcionamento e compreensão do complexo sistema de saúde.

Se a saúde pública desde o Brasil colonial tem tido dificuldade em se organizar e firmar-se como um direito social para cidadãos plenos, não se torna surpresa que a própria mídia veicule essa realidade caótica, mas o que de fato separa a abordagem factual dos acontecimentos e a necessidade de rebaixar os serviços de saúde para objetivos ideológicos, políticos e financeiros?! A inquietação principal que instiga a continuidade das pesquisas nessa área da relação saúde e mídia, além de tentar compreender quem é o leitor presumido nesse contexto – se cidadãos ou subcidadãos - é desvelar os agentes, fatores e intenções diretos e indiretos inerentes à cobertura jornalística de saúde e o quanto cada um deles afeta o discurso midiático, solidificando crenças e saberes de senso comum sobre um dos principais direitos sociais que são *garantidos* pela constituição federal de 1988.

REFERÊNCIAS

BRASIL. **Conselho Nacional de Secretários de Saúde**. SUS: avanços e desafios / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília: CONASS, 2006

_____. **Conselho Nacional de Secretários de Saúde**. Legislação Estruturante do SUS / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília: CONASS, 2011.

_____. **Conselho Nacional de Secretários de Saúde**. Sistema Único de Saúde / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília: CONASS, 2011.

CARVALHO, Gilson. **A saúde pública brasileira precisa de mais recursos do governo federal**. 2012. Disponível em: <http://www.saudemaisdez.org.br/index.php/2012-10-10-19-31-44/opiniaio/33-saude-publica>. Acesso em 20-03-14.

CIRINO, José Antônio Ferreira; TUZZO, Simone Antoniaci. **Comunicação e Saúde: mídia como agente social de saúde**. Intercom – Sociedade Brasileira de Estudos Interdisciplinares da Comunicação. Anais do XVII Congresso de Ciências da Comunicação na Região Centro-Oeste – Campo Grande - MS– 04 a 06/06/2015a.

_____. **A representação da Saúde nas eleições de Goiás no Jornal Diário da Manhã.** Intercom – Sociedade Brasileira de Estudos Interdisciplinares da Comunicação. Anais do XXXVIII Congresso Brasileiro de Ciências da Comunicação – Rio de Janeiro, RJ – 4 a 7/9/2015b.

CNES. **Lista de estabelecimentos de saúde por estado.** 2015. Disponível em: http://cnes.datasus.gov.br/Lista_Tot_Es_Estado.asp. Acesso em 20-08-2015.

CNS. **Dados do setor.** 2015. Disponível em http://www.cns.org.br/links/DADOS_DO_SETOR.htm. Acesso em 20-08-15.

COGGIOLA, Osvaldo. Cidadania política: Autodeterminação nacional. In: **História da Cidadania** / Jaime Pinsky, Carla Pinsky (orgs.), 4. Ed. 1ª reimpressão – São Paulo: Contexto, 2008.

DALLARI, Dalmo de Abreu. Um breve histórico dos direitos humanos. In: CARVALHO, José Sérgio (org.). **Educação, cidadania e direitos humanos.** Petrópolis, RJ: Vozes, 2004.

MANZINI-COVRE, Maria de Lourdes. **O que é cidadania.** São Paulo: Brasiliense, 2006.

MENDES, Áquila. **Análise de conjuntura do financiamento público federal de saúde no Brasil.** 2012. Disponível em: <http://www.saudemaisdez.org.br/index.php/2012-10-10-19-31-44/analise-de-conjuntura/26-analise-de-conjuntura-do-financiamento-publico-federal-de-saude-no-brasil>. Acesso em 23-03-14.

PAIM, Jaimilson Silva. **O que é o SUS [online].** Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2009.

PORTAL MÉDICO. **População X Médicos.** Disponível em: http://www.portalmedico.org.br/include/biblioteca_virtual/abertura_escolas_medicina/007.htm. Acesso em 02-04-14.

RIBEIRO, Ailton de lima. **O Papel Contributivo Das Organizações Sociais Para A Excelência Da Gestão Em Saúde.** In: Novos rumos para gestão pública, 2011. Acessado em 12-03-14. Disponível em: <http://www.gespublica.gov.br/projetos-acoef/pasta.2009-07-15.5584002076/pasta.2011-12-05.4922726565/tema%203%20finalizado.PDF>

SCLIAR, Moacyr. **História do conceito de saúde.** In: Rev. Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, RJ, 2007.

SEF – Secretaria de Educação Fundamental. **Parâmetros curriculares nacionais: saúde,** s/d. Acessado em 12-03-14. Disponível em <http://portal.mec.gov.br/seb/arquivos/pdf/saude.pdf>

SINGER, Paul. Direitos Sociais: A cidadania para todos. In: **História da Cidadania** / Jaime Pinsky, Carla Pinsky (orgs.), 4. Ed. 1ª reimpressão – São Paulo: Contexto, 2008.

SOUZA, Jessé. **A construção social da subcidadania: para uma sociologia política da modernidade periférica** / Jessé Souza. - Belo Horizonte: Editora UFMG; Rio De Janeiro: IUPERJ, 2012.

TUZZO, Simone Antoniacci. O lado sub da cidadania a partir de uma leitura crítica da mídia. In: **Comunidade, Mídia e Cidade: Possibilidades comunitárias na cidade hoje** (Organizadoras: PAIVA, Raquel e TUZZO, Simone Antoniacci). Goiânia: FIC/UFG, 2014.

VEJA. **Brasil precisa dobrar gasto em saúde, diz especialista**. 2012. Disponível em: <http://veja.abril.com.br/noticia/saude/brasil-precisa-dobrar-gasto-em-saude-diz-especialista>. Acesso em 15-12-13.