

Organização:  
Heloiza Matos  
Patrícia Gil

# Comunicação, políticas públicas e discursos em conflito

DOI: 10.11606/9788572052474

1.<sup>a</sup> edição

São Paulo  
ECA – USP  
2019



# POLÍTICAS PÚBLICAS NO ÂMBITO DA OMS: FATO OU IRREALIDADE NOS DISCURSOS DOS MINISTROS DA SAÚDE

Devani Salomão<sup>1</sup>

Simone Alves de Carvalho<sup>2</sup>

Tariana Brocardo Machado<sup>3</sup>

Beatriz Fioretti-Foschi<sup>4</sup>

Claudia Sellwood<sup>5</sup>

## RESUMO

A Assembleia Mundial da Saúde, como principal órgão decisorio da Organização Mundial da Saúde (OMS), reúne anualmente ministros e autoridades sanitárias de 194 países, em Washington,

---

1 Jornalista, mestre, doutora e pós-doutora em Ciências da Comunicação – ECA-USP. Integrante do Grupo de Pesquisa em Comunicação Pública e Comunicação Política (Compol), coordenado pela professora Dra. Heloiza Helena Matos e Nobre, pesquisadora sênior da ECA-USP. E-mail: devani@usp.br

2 Relações públicas, mestre e doutora em Ciências da Comunicação – ECA-USP. Docente universitária na ECA-USP para graduação e especialização. Integrante do Compol. E-mail: simonecarvalho@usp.br

3 Jornalista, mestre e doutoranda em Ciências da Comunicação – ECA-USP. Integrante do Compol. E-mail: tariana@gmail.com

4 Publicitária, mestre em Medicina Interna e Terapêutica pela UNIFESP, doutora em Saúde Pública pela FSP-USP. Desenvolve projetos de comunicação em saúde. Integrante do Compol. E-mail: bfioretti@uol.com.br

5 Publicitária especialista em marketing de serviços. Integrante do Compol. E-mail: claudia.sellwood@gmail.com

D.C. (EUA) e Genebra (Suíça), tendo como principais atribuições determinar as políticas da OMS. Durante o período de 2001 a 2017, ministros e representantes do governo brasileiro participaram desse evento, quando fizeram seus discursos sobre os temas propostos na agenda. Este artigo analisa o conteúdo de tais discursos e apresenta as temáticas mais presentes nas falas dos representantes do governo brasileiro à luz da literatura relacionada a políticas públicas e assuntos relacionados, como problemáticas de saúde pública mundiais, com abordagem de prevenção e contenção para doenças sazonais. As análises apresentam discrepâncias entre os discursos e as políticas implantadas, além de omissões do setor público.

**PALAVRAS-CHAVE:** análise de conteúdo, doenças, OMS, políticas de saúde, saúde pública.

## INTRODUÇÃO

A Assembleia Mundial da Saúde é o órgão decisório da Organização Mundial de Saúde (OMS). Tem a participação de delegações de todos os Estados membros da OMS e concentra-se em uma agenda de saúde específica preparada pelo Conselho Executivo. As principais funções da Assembleia são determinar as políticas da Organização, nomear o diretor-geral, supervisionar as políticas financeiras e aprovar o orçamento proposto. Esse evento é realizado anualmente em Genebra, na Suíça.

Os princípios da Constituição da OMS são:

1. A saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença ou enfermidade.
2. É um dos direitos fundamentais de todo ser humano o gozo do mais alto padrão atingível de saúde, sem distinção de raça, religião, crença política, condição econômica ou social.
3. A saúde de todos os povos é fundamental para assegurar a paz e a segurança e depende da cooperação entre indivíduos e Estados.
4. A conquista da promoção e proteção da saúde é de valor para todos, inclusive para qualquer Estado.
5. O desenvolvimento desigual em diferentes países na promoção da saúde e controle de doenças, especialmente doenças transmissíveis, é um perigo comum.
6. O desenvolvimento saudável da criança é de importância fundamental; a capacidade de viver harmoniosamente num ambiente total em mudança é essencial para esse desenvolvimento.
7. Os conhecimentos médico, psicológicos e afins devem ser estendidos a todos os povos, com o objetivo de alcançar plenamente a saúde.
8. A opinião informada e a cooperação ativa por parte do público são da maior importância para a melhoria da saúde das pessoas.
9. Os governos são responsáveis pela saúde de seus povos, que necessitam provisão de medidas sanitárias e sociais adequadas. (WHO, 2018.)

A OMS é a autoridade diretora e coordenadora em saúde internacional dentro do sistema das Nações Unidas. Faz isso por meio das seguintes diretrizes: a) fornecer liderança em questões críticas para a saúde e envolvimento em parcerias onde é necessária uma ação conjunta; b) moldar a agenda de pesquisa e estimular a geração, tradução e disseminação de conhecimento valioso; c) estabelecer normas e padrões e promover e monitorar sua implementação; d) articular opções políticas éticas e baseadas em evidências; e) fornecer apoio técnico, catalisar mudanças e construir capacidade institucional sustentável; e f) monitorar a situação da saúde e avaliar as tendências da área (WHO, 2018).

O Brasil é um dos Estados membros da OMS, que reúne anualmente ministros e autoridades sanitárias de 194 países na Assembleia Mundial da Saúde. O ato de comunicar internacionalmente as ações em saúde realizadas no País demonstra as principais preocupações do governo brasileiro com o setor, bem como a destinação de recursos e parcerias internacionais com outros estados ou regiões.

## SAÚDE NO ÂMBITO PÚBLICO

O Ministério da Saúde (2018) tem a função de oferecer condições para promover, proteger e recuperar a saúde da população, reduzir as enfermidades, controlar as doenças endêmicas e parasitárias e melhorar a vigilância à saúde, dando, assim, melhor qualidade de vida ao brasileiro. Seu desafio é garantir o direito do cidadão ao atendimento à saúde e dar condições para que esse direito esteja ao alcance de todos, independentemente da condição social do indivíduo.

Os assuntos de competência do Ministério da Saúde são: Política Nacional de Saúde; coordenação e fiscalização do Sistema Único de Saúde; saúde ambiental e ações de promoção, proteção e recuperação da saúde individual e coletiva, inclusive a dos trabalhadores e dos índios; informações de saúde; insumos críticos para a saúde; ação preventiva em geral, vigilância e controle sanitário de fronteiras e de portos marítimos, fluviais e aéreos; vigilância de saúde, especialmente drogas, medicamentos e alimentos; pesquisa científica e tecnologia na área de saúde.

A estrutura central do Ministério da Saúde é composta por sete Secretarias responsáveis por elaborar, propor e implementar as políticas de saúde, sendo as executoras das atividades finalísticas do órgão. Outras unidades que compõem o Ministério são a Secretaria-Executiva, o gabinete do ministro e a consultoria jurídica, responsáveis por assessoria e assistência direta às ações do ministro.

No âmbito das políticas públicas, segundo Aguiar (2015), administração pública se refere ao conjunto de órgãos e entidades que compõem a administração dos Poderes Executivo, Legislativo e Judiciário (no Brasil: da União, Estados, Distrito Federal e municípios). Segundo a Constituição brasileira, é formada pela administração pública direta, conjunto de órgãos ligados diretamente ao poder central; e indireta, entidades com personalidade jurídica própria e criadas pelo Estado para realizar atividades de forma descentralizada ou informal. O verbo latino administrar (transitivo direto e intransitivo) significa exercer o governo de; governar; dirigir, administrar o país, porém a administração pública envolve tomada de decisão, planejamento, coordenação, execução de esforços em função de objetivos ligados ao Estado, ao público.

De acordo com Reis (2015), a arena política é a delimitação do campo onde se travam as disputas da política, que envolve tomada de decisão coletivamente impositiva; e suas características determinam a vida política.

## A conjunção da promoção de saúde e epidemiologia

A promoção da saúde demanda que a prática da atenção à saúde transcenda os conceitos normativos da medicina, em suas expressões clínicas e/ou de saúde pública, precisando ser construída e reconstruída em reconhecimento da realidade das experiências de vida dos pacientes, do significado existencial das suas condições e situações. Do ponto de vista dos âmbitos federais de gestão pública, isso implica também a consideração da participação política da sociedade civil organizada. A importância da discussão sobre a medicina, a saúde pública e a promoção da saúde devem-se ao entrelaçamento desses processos de desenvolvimento do cuidar da saúde, seja individual, seja coletiva.

Na perspectiva da apropriação de conteúdos das ciências sociais, o debate configura um imperativo à conformação da construção social da ciência e das práxis. O entendimento do processo histórico dimensiona os fatos da realidade social, aqui relacionados à saúde, em cada contexto de suas ocorrências, o que certamente pode permitir uma compreensão mais abrangente das categorias sob análise. Nesse aspecto, nenhum conceito ligado à promoção da saúde é consensual nem objetivo, o que implica não se poder isolar ou colocar o fiel da balança na comunidade ou nas instituições, sendo este um jogo onde todos têm suas responsabilidades.



A promoção da saúde precisa ser compreendida como um processo em permanente construção e reconstrução, demandador de todos os conhecimentos do saber médico, da apropriação dos saberes da saúde pública, bem como de todos os outros campos do conhecimento. E, certamente, sem prescindir da participação consciente da sociedade civil e/ou dos indivíduos isoladamente, nem da interdisciplinaridade, a depender das questões analisadas. Este é um requisito fundamental para que a atuação do âmbito central do sistema de saúde considere a realidade social, a partir de suas múltiplas e complexas dimensões (RABELLO, 2010).

De acordo com Nogueira (2015), um objetivo importante do estudo de políticas de saúde é identificar as mudanças pelas quais estas passam, de acordo com os distintos contextos históricos dos atores Estado e sociedade. Daí evoluem as políticas para a promoção da saúde e a importância da comunicação pública para consolidação da noção de saúde como direito.

A relação entre as áreas de comunicação e de saúde deve apontar na direção de um diálogo mais próximo, pois a comunicação efetiva pode tanto melhorar o atendimento do setor, como contribuir para a educação do cidadão (CARVALHO, 2012). A comunicação da saúde insere-se no âmbito da comunicação pública por ser de interesse público e por dar-se no ambiente público, para e com todos os cidadãos. Para Matos (2011), a comunicação pública exige a participação da sociedade e de seus segmentos. Eles, no entanto, não são apenas receptores da comunicação do governo, mas sim produtores ativos no processo comunicacional.

Nesse contexto, as políticas de comunicação para a saúde são relevantes para compreender a relação do setor com a sociedade. De acordo com Moraes (2015), políticas de comunicação têm

relação com as ações de instituições estatais, segmentos da sociedade civil e do setor privado de toda sorte que influenciam a criação, produção e consumo de produtos de comunicação e cultura.

Assim, o ato de comunicar as ações e preocupações com saúde em nível internacional por parte do governo brasileiro atraiu o olhar das autoras, com o objetivo de compreender quais são as questões prementes no segmento ao longo do século XXI na perspectiva do Estado brasileiro.

## PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Para analisar como as temáticas pautadas anualmente pela Organização Mundial de Saúde (OMS) foram apresentadas pelos representantes do Brasil, pesquisaram-se os discursos realizados nas edições da Assembleia Mundial da Saúde compreendidas entre 2001 e 2017, dando conta das falas proferidas neste milênio. Das 17 edições anuais, há 15 discursos disponíveis e públicos para a realização da análise, estando ausentes as falas dos anos de 2004 e 2006<sup>6</sup>. Assim, foi realizado um estudo exploratório, em que se objetiva a descrição de fenômenos e verificação de sua frequência, baseando-se nas falas dos representantes do governo brasileiro. Com base em dados secundários, a amostra é não probabilística e não aleatória. A interpretação dos resultados foi feita com base na técnica de análise de conteúdo.

Entre as especificidades da análise de conteúdo, escolheu-se a categorial, que permite estabelecer conexões temáticas com

---

6 Não há registro sobre os motivos dessas abstenções.

a literatura escolhida para endereçar o tema. Os assuntos investigados foram escolhidos entre verbetes selecionados do “Dicionário de políticas públicas” organizado por Giovanni e Nogueira (2015). Nesta modalidade, foram identificadas as categorias em cada fala e os códigos de texto que emergem do conteúdo (BARDIN, 2011). Na etapa de análise deste estudo, as categorias são amparadas no referencial teórico proposto, sendo resultado da classificação analógica e progressiva dos elementos.

## O que é discurso

A palavra discurso tem diferentes significados. No sentido comum, discurso é simplesmente fala ou exposição oral. Às vezes a noção pode ser empregada com sentido pejorativo, significando fala vazia ou cheia de palavreado ostentoso.

Foucault (1979) concebe os discursos como uma dispersão, isto é, como sendo formados por elementos que não estão ligados por nenhum princípio de unidade. Cabe à análise do discurso descrever essa dispersão, buscando o estabelecimento de regras capazes de reger a formação dos discursos. Tais regras, chamadas por Foucault de “regras de formação”, possibilitariam a determinação dos elementos que compõem o discurso. Essas regras que determinam, portanto, uma “formação discursiva”, apresentam-se sempre como um sistema de relações entre objetos, tipos enunciativos, conceitos e estratégias. São elas que caracterizam a singularidade do discurso e possibilitam a passagem da dispersão para a regularidade, que é atingida pela análise dos enunciados. Assim, “um discurso é um conjunto de enunciados que tem seus

princípios de regularidade em uma mesma formação discursiva” (FOUCAULT, 1979, p. 146). A partir dessa definição, a análise de uma formação discursiva consistirá, então, na descrição dos enunciados que a compõem. Porém, a noção de enunciado em Foucault é contraposta à noção de proposição e de frase (unidades, respectivamente, constitutivas de lógica e linguística), concebendo-o como a unidade elementar, básica, que forma o discurso.

Foucault enumera quatro características constitutivas do enunciado. A primeira diz respeito à relação do enunciado com seu correlato que ele chama de “referencial”. O “referencial”, aquilo que o enunciado enuncia, “é a condição de possibilidade do aparecimento, diferenciação e desaparecimento dos objetos e relações que são designados pela frase” (FOUCAULT, 1979, p. 46). Assim, o enunciado, por sua função de existência, “relaciona as unidades de signos que podem ser proposições ou frases com um domínio ou campo de objetos” (MACHADO, 1981, p. 168), possibilitando-as que apareçam com conteúdos concretos no tempo e no espaço.

A segunda característica diz respeito à relação do enunciado com seu sujeito. Foucault situa-se na vertente oposta a uma concepção idealista do sujeito que, interpretado como o fundador do pensamento e do objeto pensado, vê a história como um processo sem ruptura em que os elementos são introduzidos continuamente no tempo concebido como totalização. Critica, dessa forma, uma concepção do sujeito enquanto instância fundadora da linguagem:

Poder-se-ia dizer que o tema do sujeito fundador permite elidir a realidade do discurso. O sujeito fundador (...) está encarregado de animar diretamente “com seu modo de

ver” as formas vazias da língua: e ele que, atravessando a espessura ou a inércia das coisas vazias, retoma, intuitivamente, o sentido que aí se encontra depositado; e ele igualmente que, para além do tempo, funda horizontes de significação que a história, em seguida, só terá de explicitar, horizontes onde as proposições, as ciências, as unidades dedutivas encontrarão no fim de contas o seu fundamento. Em sua relação com o sentido, o sujeito fundador dispõe de signos, de marcas, de traces, de letras. Mas não tem necessidade, para os manifestar, de passar pela instância singular do discurso. (FOUCAULT, 1974, p. 49).

Atribuindo à instância singular do discurso um estatuto privilegiado, para ele, “descrever uma formulação enquanto enunciado não consiste em analisar as relações entre o autor e o que ele diz (ou quis dizer, ou disse sem querer); mas em determinar qual é a posição que pode e deve ocupar todo indivíduo para ser seu sujeito” (FOUCAULT, 1979, p. 119-20).

Dessa forma, se o sujeito é uma função vazia, um espaço a ser preenchido por diferentes indivíduos ao formularem o enunciado, deve-se rejeitar qualquer concepção unificante do sujeito. O discurso não é atravessado pela unidade do sujeito e sim pela sua dispersão. E essa dispersão é decorrente das várias posições possíveis de serem assumidas por ele no discurso: “as diversas modalidades de enunciação em lugar de remeter à síntese ou à função unificante de um sujeito, manifestam sua dispersão” (FOUCAULT, 1979, p. 69).

A dispersão reflete a descontinuidade dos planos de onde fala o sujeito que pode, no interior do discurso, assumir diferentes estatutos. Esses planos “estão ligados por um sistema de relações,

o qual não é estabelecido pela atividade sintética de uma consciência idêntica a si, muda ou prévia a qualquer palavra, mas pela especificidade de uma prática discursiva” (FOUCAULT, 1979, p. 70).

A concepção de discurso como um campo de regularidades, em que diversas posições de subjetividade podem manifestar-se, redimensiona o papel do sujeito no processo de organização da linguagem, eliminando-o como fonte geradora de significações. Para Foucault, o sujeito do enunciado não é causa, origem ou ponto de partida do fenômeno de articulação escrita ou oral de um enunciado nem a fonte ordenadora, móvel e constante das operações de significação dos enunciados.

A terceira característica do enunciado é a que diz respeito à existência de um domínio, ou seja, de um “campo adjacente” ou “espaço colateral”, associado ao enunciado integrando-o a um conjunto de enunciados, já que, ao contrário de uma frase ou proposição, não existe um enunciado isoladamente:

Todo enunciado se encontra assim especificado: não existe enunciado em geral, enunciado livre, neutro e independente; mas, sempre um enunciado fazendo parte de uma série ou de um conjunto, desempenhando um papel no meio dos outros, apoiando-se neles e se distinguindo deles: ele se integra sempre em um jogo enunciativo. (FOUCAULT, 1979, p. 124).

Por fim a quarta característica constitutiva do enunciado é aquela que o faz emergir como objeto: refere-se a sua condição material. Para caracterizar essa materialidade, Foucault faz uma distinção entre enunciado e enunciação. Esta se dá toda vez que

alguém emite um conjunto de signos; enquanto a enunciação se marca pela singularidade. Hipoteticamente, enunciações diferentes podem encerrar o mesmo enunciado. No entanto, como a repetição de um enunciado depende de sua materialidade, que é de ordem institucional, uma frase dita no cotidiano, inserida num romance ou inscrita num outro tipo qualquer de texto, jamais será o mesmo enunciado, pois em cada um desses espaços possui uma função enunciativa diferente.

Para a análise do conteúdo das falas dos ministros da Saúde nas Assembleias da OMS, utilizaremos os conceitos de Foucault para exame de partes dos discursos dessas autoridades.

## Análise de conteúdo

Este artigo usa como método a técnica de análise de conteúdo para avaliar os dados obtidos nos 15 discursos dos ministros brasileiros da Saúde na Assembleia Mundial de Saúde, no período de 2001 a 2017. Escolhemos esse escopo de tempo porque os respectivos pronunciamentos estão disponíveis para acesso livre.

Segundo Bardin, a análise de conteúdo pode ser definida como:

Um conjunto de técnicas de análise de comunicação visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens indicadores (quantitativos ou não) que permitem a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção destas mensagens. (BARDIN, 1979, 42).

O fator comum dessas múltiplas técnicas, desde o cálculo de frequência que fornece dados cifrados, até a extração de estruturas traduzíveis em modelos, é uma hermenêutica baseada na dedução.

Do ponto de vista metodológico, Berelson (1971) e Lazarsfeld (1972) se projetaram na Universidade de Columbia (NY) e de Chicago, sistematizando as preocupações epistemológicas da época. Eles resumem assim os critérios fundamentais então exigidos para garantir o rigor científico: a) trabalhar com amostras reunidas de maneira sistemática; b) interrogar-se sobre a validade dos procedimentos de coleta e dos resultados; c) trabalhar com codificadores que permitam verificação de fidelidade; d) enfatizar a análise de frequência como critério de objetividade e cientificidade; e) ter possibilidade de medir a produtividade da análise (MINAYO, 1993, p. 201).

## Técnicas de análise de conteúdo

Esse tipo de análise trabalha com indicadores lexicais, como o estilo, o encadeamento lógico, o arranjo de sequências e a estrutura da narrativa. Sua aplicação mais comum tem sido a investigação da autenticidade dos documentos, para a psicologia clínica, para a análise de discursos políticos e/ou persuasivos (BARDIN, 1979; UNRUG, 1974).

A hipótese aqui implícita é a de que existe uma correspondência entre o tipo de discurso e as características do locutor e seu meio. Por isso, há a necessidade de conhecer os traços pessoais do autor que fala, sua situação social e os dados culturais que o moldam.



Osgood (1959) propõe a seguinte sequência de procedimentos para análise de co-ocorrências: a) escolha da unidade de registro (essa pode ser uma palavra-chave, por exemplo) e a categorização por temas; b) escolha das unidades de contexto e o recorte de texto em fragmentos (pode ser, por exemplo, parágrafos); c) presença ou ausência de cada unidade de registro em cada unidade de contexto; d) cálculo de co-ocorrências; e representação e interpretação de resultados. A utilidade maior da análise de co-ocorrências tem sido no esclarecimento das estruturas da personalidade, na avaliação das preocupações latentes tanto individuais quanto coletivas, para estudo de estereótipos e de representações sociais (BARDIN, 1979; OSGOOD, 1959; UNRUG, 1974).

## Análise de avaliação ou representacional

Elaborada por Osgood (1959), a análise de avaliação ou representacional tem por finalidades medir as atitudes do locutor quanto aos objetos de que fala (pessoas, coisas, acontecimentos). Seu pressuposto é de que a linguagem representa e reflete quem a utiliza. Portanto podemos nos contentar com os indicadores explícitos na comunicação para fazer inferências a respeito do emissor.

## Análise temática

A noção de tema está ligada a uma afirmação a respeito de determinado assunto. Ela comporta um feixe de relações e pode ser graficamente apresentada através de uma palavra, uma frase, um resumo. Segundo Bardin (1979, p.105), “o tema é a

unidade de significação que se liberta naturalmente de um texto analisado segundo critérios relativos à teoria que serve de guia à leitura”.

Fazer uma análise temática consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõem uma comunicação cuja presença ou frequência signifiquem alguma coisa para o objetivo analítico visado. A análise temática se encaminha para a contagem de frequência das unidades de significação como definidoras do caráter do discurso.

## Interpretação da análise de conteúdo

Quanto à interpretação, a análise de conteúdo transita entre dois polos: o rigor da objetividade e a fecundidade da subjetividade. É uma técnica refinada, que exige do pesquisador disciplina, dedicação, paciência e tempo. Faz-se necessário também, certo grau de intuição, imaginação e criatividade, sobretudo na definição das categorias de análise, jamais esquecendo o rigor e a ética como fatores essenciais (FREITAS; CUNHA; MOSCAROLA, 1997).

A condução da análise dos dados abrange várias etapas, a fim de que se possa conferir significação aos dados coletados (ALVES-MAZZOTTI; GEWANDSZNAJDER, 1998; CRESWELL, 2007; FLICK, 2009; MINAYO, 2001). No que tange às diferentes fases inerentes à análise de conteúdo, autores diferenciam-se no uso de terminologias, embora possam existir também algumas semelhanças (TRIVIÑOS, 1987). Tendo em vista tamanha diversidade, mas ainda assim, aproximação terminológica, optou-se por tomar como balizador deste estudo as etapas propostas por Bardin (2011),

uma vez que sua obra é a mais citada em estudos qualitativos na área de comunicação em saúde. Essas etapas são organizadas em três: 1) pré-análise, 2) exploração do material e 3) tratamento dos resultados, inferência e interpretação.

A primeira fase, pré-análise, é desenvolvida para sistematizar as ideias iniciais colocadas pelo quadro referencial teórico e estabelecer indicadores para a interpretação das informações coletadas. A fase compreende a leitura geral do material eleito para a apreciação, também de acordo com métodos específicos de organização. Se nos servimos da análise temática (que é o caso presente), prosseguimos com a contagem de um ou vários temas numa unidade de significação previamente determinada. Por exemplo: em uma reportagem, a frase (limitada por dois sinais de pontuação) tende a ser a unidade de codificação mais comum. O resultado dessa contagem nos conduz à formulação das hipóteses e objetivos, para então elaborarmos os indicadores que serão usados para a interpretação do material coletado.

Ao seguir esses passos, foram definidos os seguintes temas de análise: acesso aos cuidados em saúde, desenvolvimento, Brasil, saúde em âmbito mundial, política e medicamentos. Estes, de acordo com Bardin (2004), não constituem apenas uma ordem linguística, mas psicológica: podem indicar um tema, uma afirmação, uma alusão. Fazer uma análise temática consiste em descobrir os “núcleos de sentido” que compõem a comunicação e cuja presença ou frequência de aparição pode significar algo para o objetivo analítico.

## Nossas hipóteses

a) Os discursos dos ministros da Saúde são sobre um Brasil com muitas desigualdades sociais, onde o sistema de saúde pública não oferece equidade aos seus usuários;

b) Os discursos dos ministros da Saúde são eminentemente políticos sobre um Brasil inovador, discutindo a participação do sistema de saúde pública na prevenção e controle de doenças graves e sazonais, para que a maioria da população possa usufruir dos benefícios desse aparelho.

## CATEGORIAS DE ANÁLISE

As categorias do estudo são administração pública, arena social e política, saúde pública, doenças e comunicação. De acordo com a metodologia adotada, elas se baseiam na literatura escolhida para amparar a análise e seus códigos emergem da observação dos discursos proferidos pelos governantes brasileiros nas reuniões da Assembleia Mundial da Saúde. Isso permite identificar quais são as principais preocupações com saúde externadas pelos representantes brasileiros nesses eventos, majoritariamente compostos por ministros da pasta (BRASIL, 2018a).

A categoria “administração pública” observa aspectos relacionados ao âmbito administrativo relacionado com a pasta da Saúde, tendo os códigos: cooperação entre nações no âmbito da Assembleia Mundial de Saúde; ausência ou destinação de recur-

sos para a saúde e menções a autoridades específicas; presença de valores da administração pública, como transparência, ética etc.; menções ao povo brasileiro e citações de diferentes regiões ou povos do planeta.

A categoria “arena social e política” dá conta das tratativas da arena da política no âmbito público e é composta pelos códigos: papel de protagonista do Brasil; desenvolvimento sustentável; pobreza ou fome; direitos humanos, políticos e sociais; administrações políticas específicas; e desigualdade social.

Já “saúde pública” é uma categoria que reúne as preocupações efetivamente ligadas à temática ampla da saúde no Brasil, proferidas pelos representantes em suas falas. Ela é composta pelos códigos: ideal do papel de protagonismo a ser desempenhado pela OMS ou pela Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS); política assistencial e de saúde; acesso à saúde pública; risco epidemiológico e menções a doentes ou afetados; medicamentos genéricos; e importância das vacinas.

“Doenças” é a categoria que compila todas as menções às enfermidades mais lembradas pelos representantes da saúde brasileira em âmbito internacional. São elas: zika / microcefalia; chikungunya; dengue; febre amarela; nutrição/ obesidade; doenças crônicas não transmissíveis; HIV/AIDS; hepatite; doenças transmissíveis; mortalidade infantil / expectativa de vida; influenza; sarampo; tabagismo / alcoolismo / drogas; ebola; saúde mental; malária; cólera; doenças respiratórias; hipertensão / diabetes; câncer; doença de Chagas; poliomielite; tuberculose; hanseníase; doenças tropicais; mortes no trânsito; leishmaniose; esquistossomose; hemofilia; SARS (síndrome respiratória aguda grave, do inglês).

Por fim, em “comunicação” buscou-se observar a preocupação do governo brasileiro tanto com o compartilhamento de informações sobre saúde quanto com planos de comunicação e ação específicos para a saúde.

## OS ATORES: MINISTROS DA SAÚDE E OUTROS

Segundo Bardin (2004, p. 100), é importante estabelecer um perfil de acordo com as características ou atributos do personagem (traços de caráter, papel, estatuto social, familiar, idade etc.). Nossos atores são ministros da Saúde e outros políticos que os representaram no evento entre os anos de 2001 e 2017 (exceção para os anos de 2004 e 2006). Na sequência, descrevemos brevemente estes ministros, com base na “Galeria de Ministros” (BRASIL, 2018b).

José Serra foi o ministro da Saúde entre os anos de 1998 e 2002, durante o governo de Fernando Henrique Cardoso. Engenheiro, atuou no Senado Federal e no governo de São Paulo. Como ministro, regulamentou planos e seguros de saúde.

O ano de 2002 ainda teve Barjas Negri no Ministério, economista que atuou em todas as esferas do governo. Ele também foi secretário-executivo do Ministério da Saúde.

Entre 2003 e 2005 o ministro da Saúde foi Humberto Sérgio Costa Lima, médico e jornalista, além de deputado estadual e federal e vereador em Recife (PE). Sua atuação foi marcada pelos projetos de atendimento aos soropositivos pelo Sistema Único de Saúde (SUS) e pela criação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU).

A gestão seguinte foi de José Saraiva Felipe, entre 2005 e 2006. Médico, foi secretário municipal e estadual nas pastas de Saúde (em Montes Claros e no governo de Minas Gerais) e Ciência e Tecnologia (subpasta do próprio Ministério da Saúde).

José Agenor Álvares da Silva, bioquímico e sanitarista, foi secretário de Planejamento do Ministério da Saúde, antes de assumir a pasta entre 2006 e 2007. Foi também consultor da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS).

O médico José Gomes Temporão foi o ministro entre 2007 e 2010 e atuou também no Instituto Vital Brazil.

O médico e infectologista Alexandre Padilha coordenou pesquisas em conjunto com a OPAS e OMS antes de assumir o Ministério da Saúde entre 2011 e 2014.

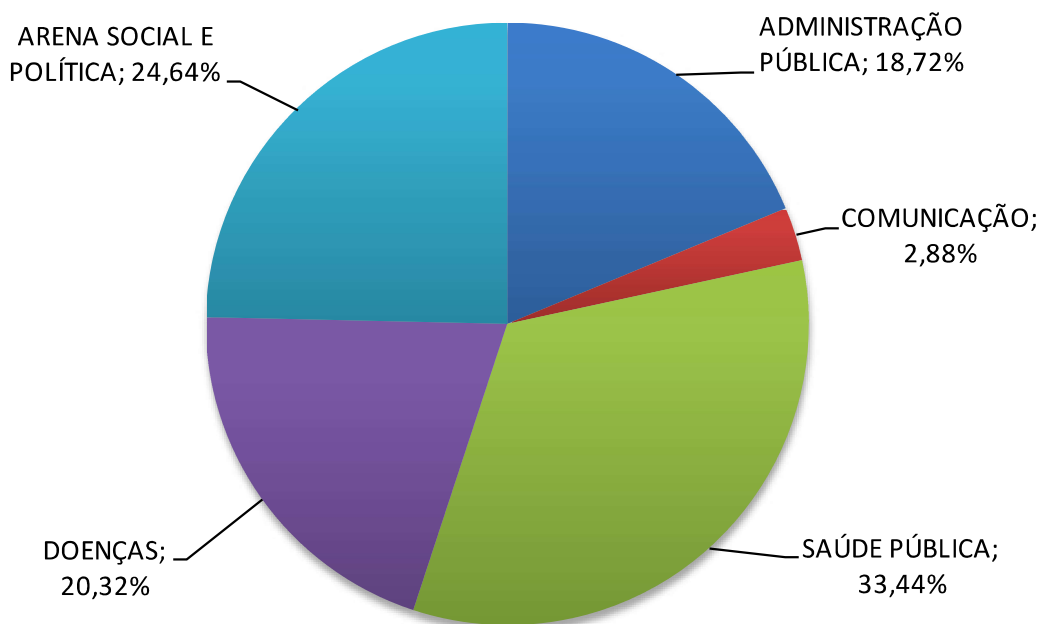
Arthur Chioro, médico sanitarista, participou da gestão do Ministério da Saúde entre 2003 e 2005 e assumiu a pasta entre 2014 e 2015.

Entre 2015 e 2016, o médico Marcelo Costa e Castro, funcionário público de carreira, assumiu o Ministério da Saúde.

O último ministro da Saúde que teve seu discurso analisado neste trabalho foi o engenheiro civil Ricardo José Magalhães Barros, que foi anteriormente prefeito de Maringá (PR) e deputado estadual.

## RESULTADOS E ANÁLISES

**GRÁFICO 1** – Menções às categorias de análise.

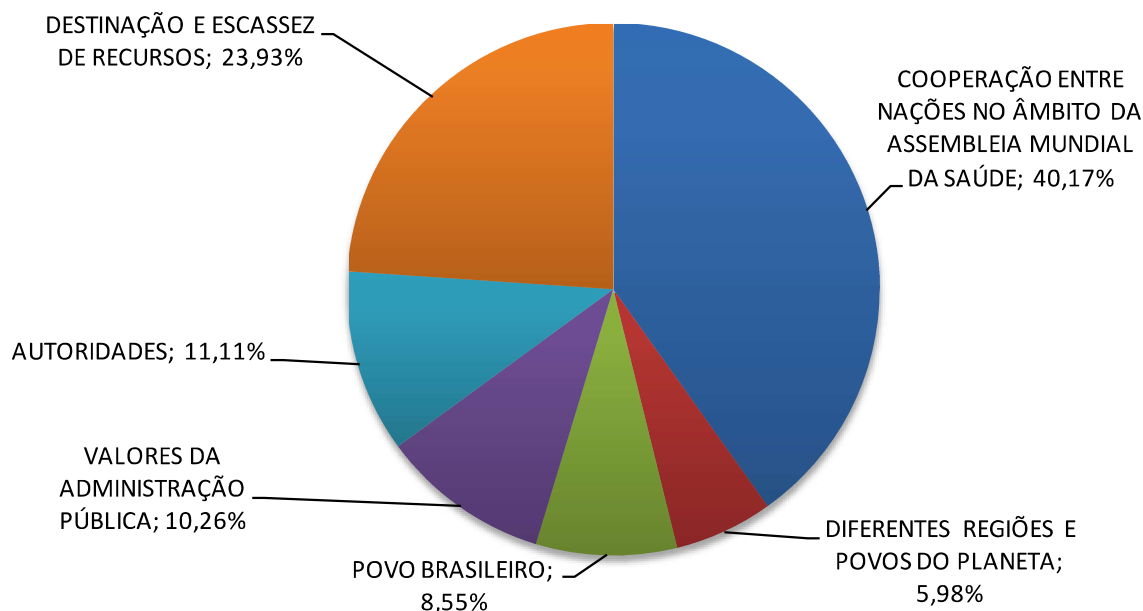


Fonte: as autoras.

Como demonstra o gráfico 1, a categoria com mais menções foi “saúde pública”, com 33,44%, seguida de “doenças”, com 24,64%. A terceira categoria mais citada foi “arena política e social”, com 20,32%, seguida de “administração pública”, com 18,72%, e “comunicação”, com 2,88%. Observamos, portanto, a preponderância do assunto saúde e doença nos discursos pronunciados. A comunicação teve pouca ênfase, o que é compreensível dado que não é o objeto teórico nem da OMS nem dos ministros, que apresentam enfoque mais pragmático em suas falas.



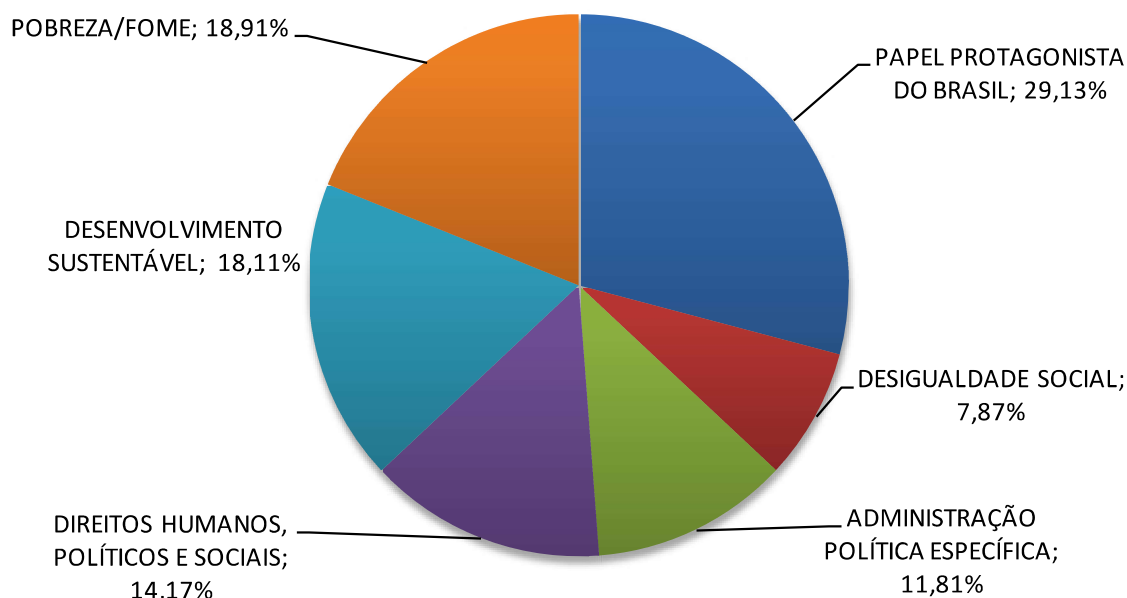
## GRÁFICO 2 – Menções aos códigos da categoria “ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA”.



Fonte: as autoras.

Já as menções aos códigos que compõem a categoria “administração pública”, como demonstra o gráfico 2, são mais frequentes os que tratam da “cooperação entre nações no âmbito da Assembleia Mundial de Saúde”, com 40,17%, o que é compreensível em um mundo com fronteiras cada vez mais fluidas, com a prática do turismo de lazer ou negócios em crescimento e com as imigrações (legais ou não, incluindo a situação de refugiados). Em seguida, estão as menções à ausência ou destinação de recursos para a saúde, com 23,93% – um problema grave pois se trata da própria continuidade dos programas de saúde. Os demais quase 40% são divididos entre menções a “autoridades”, com 11,11%; “valores da administração pública”, com 10,26%; menções ao “povo brasileiro”, com 8,55%; e citações de “diferentes regiões ou povos do planeta”, com 5,98%.

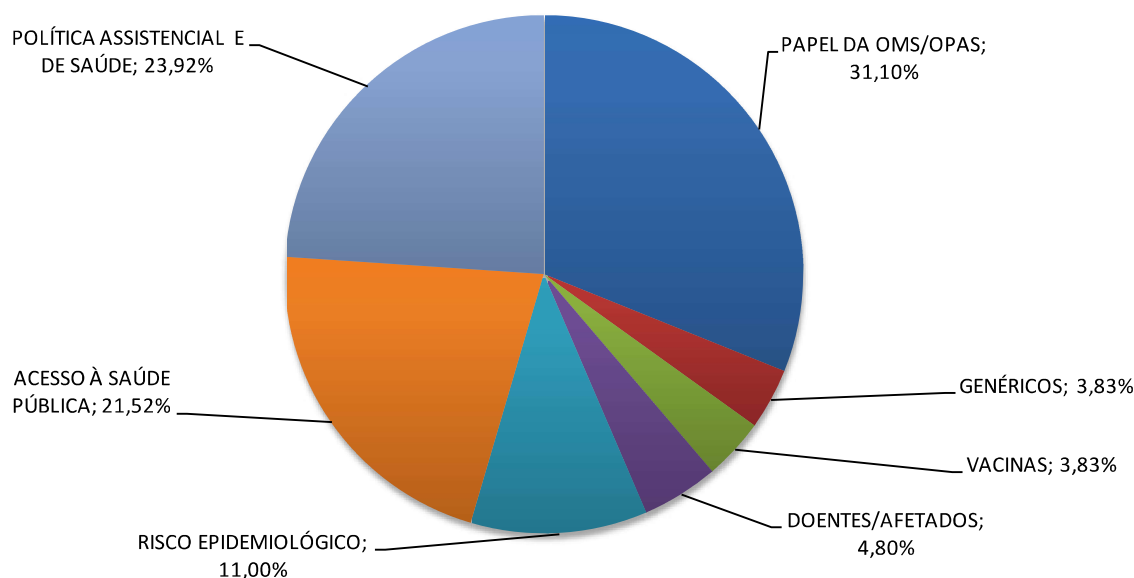
**GRÁFICO 3** – Menções aos códigos da categoria “ARENA SOCIAL E POLÍTICA”.



Fonte: as autoras.

Na categoria “arena social e política”, 29,13% das citações foram destinadas ao “papel de protagonista do País” segundo as falas de seus representantes da Saúde, como demonstra o gráfico 3. O segundo código mais mencionado, com 18,90%, foi a “pobreza ou fome”, seguido por “desenvolvimento sustentável”, com 18,11%, e “direitos humanos, políticos e sociais”, com 14,17%. Já menções a “administrações políticas específicas” foram 11,81% e a “desigualdade social” respondeu por 7,87% do total das citações nesta categoria. Observamos certo equilíbrio entre os temas que são sensíveis ao Brasil em sua situação de país que efetivamente não erradicou a pobreza extrema.

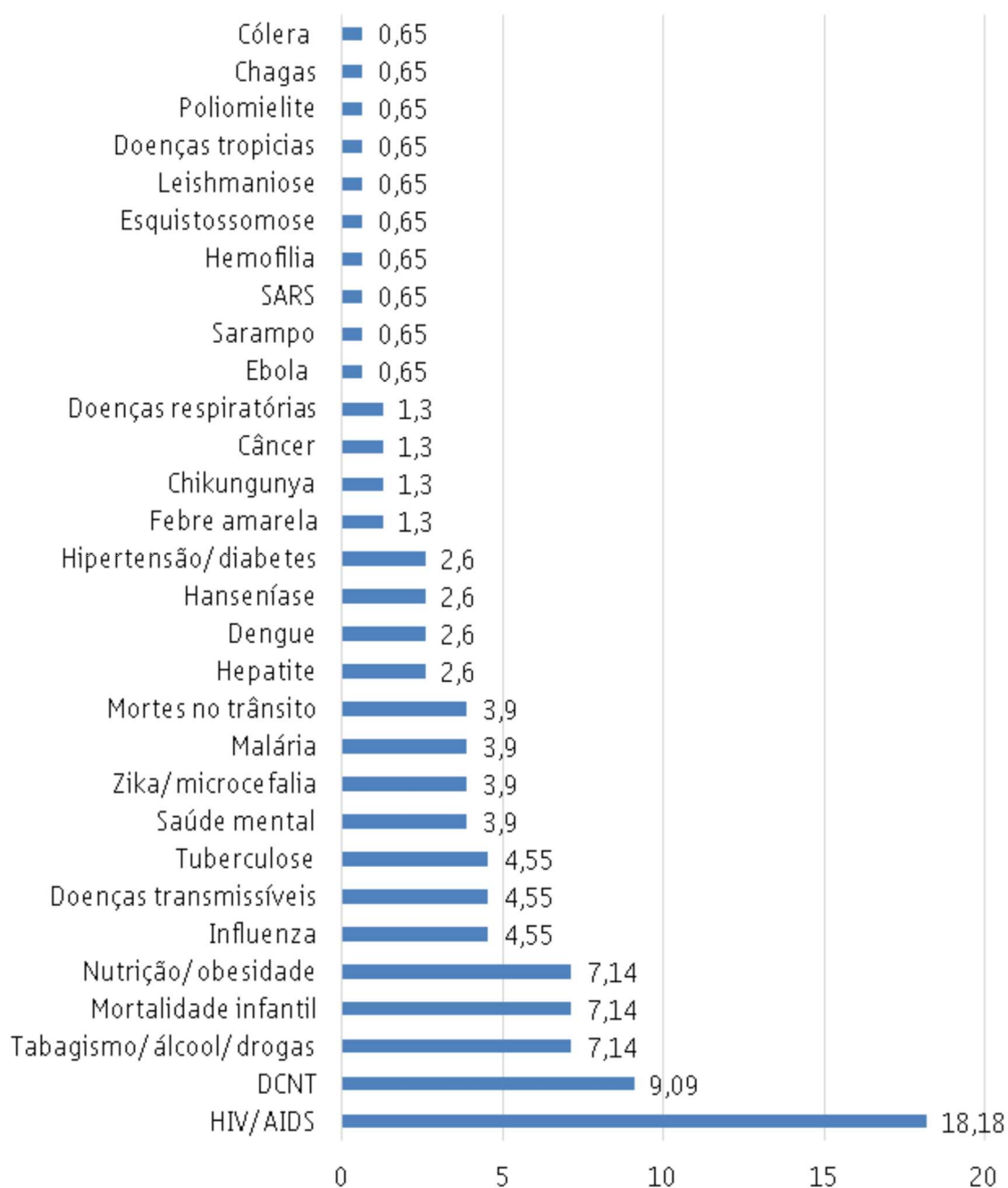
#### GRÁFICO 4 – Menções aos códigos da categoria “SAÚDE PÚBLICA”.



Fonte: as autoras.

No que tange à “saúde pública”, categoria mais apontada de maneira geral nos discursos dos ministros, o gráfico 4 mostra o ideal do papel de protagonismo a ser desempenhado pela OMS ou pela OPAS, totalizando 31,10% das menções. Esse resultado pode ser interpretado tanto como uma deferência aos órgãos promotores do evento ou como uma crítica a como estes mesmos órgãos atuam no Brasil. Na sequência, aparece a “política assistencial e de saúde”, com 23,92%, seguida pelo “acesso à saúde pública”, com 21,53%, e “risco epidemiológico”, com 11% –, sendo estes três últimos diretamente ligados à atuação do Ministério da Saúde. Com menos representatividade na categoria aparecem menções a “doentes ou afetados”, com 4,78%; a importância dos medicamentos “genéricos”, política de muita relevância na saúde pública brasileira; e as “vacinas”, assunto alvo de controvérsias recentes no País, com apenas 3,98% cada.

**GRÁFICO 5** – Menções aos códigos da categoria “DOENÇAS” (em %).



Fonte: as autoras.

Como demonstra o gráfico 5, a categoria “doenças” foi a que apresentou mais diversidade de menções aos códigos que a compõem. “HIV/AIDS” tiveram a maior representatividade, com 18,18% das citações, seguidos de doenças crônicas não transmissíveis (“DCNT”), com 9,09%. Com 7,14% ficaram “obesidade/nutrição”, “mortalidade infantil / expectativa de vida” e “tabagismo / alcoolismo / drogas”. Na sequência, “doenças transmissíveis”, “influenza” e “tuberculose” vêm cada uma com 4,55% das menções. Com 3,9% das menções, aparecem “zika / microcefalia”, “saúde mental”, “malária” e “mortes no trânsito”. As doenças “dengue”, “hepatite”, “hipertensão /diabetes” e “hanseníase” tiveram cada uma 2,6% do total de menções. Por sua vez, “chikungunya”, “febre amarela”, “doenças respiratórias” e “câncer” ocuparam, cada uma, apenas 1,3% das menções. Com 0,65% das menções ficaram: “SARS”, “hemofilia”, “esquistossomose”, “leishmaniose”, “doenças tropicais” não especificadas, “poliomielite”, “doença de Chagas”, “cólera”, “ebola” e “sarampo”. Podemos observar que as menções às doenças não necessariamente correspondem àquelas que causam maior taxa de mortalidade no País, assim como algumas que já possuem vacinas e tratamentos tiveram destaque.

Em nossa última categoria de análise, “comunicação” (que teve 2,88% do total de menções entre todas as categorias), os ministros citaram o compartilhamento de informações e as políticas de comunicação / ações em saúde, com 50% de menções a cada uma. Confirmamos assim que o foco dos discursos não estava na comunicação sobre a saúde ou doença.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em relação às categorias analisadas, observamos que a preocupação com comunicação é mínima em relação às outras temáticas discutidas pelo Brasil no âmbito das Assembleias. Isso retrata em parte a preocupação da área da saúde no País sobre a comunicação com a sociedade. Ainda, ao tratar das temáticas da arena social e política, os representantes brasileiros colocam mais enfoque no papel do Brasil como protagonista do que em todos os outros aspectos, o que nos posiciona como vaidosos e frágeis, uma vez que esse papel de suposta liderança não pode ser confirmado no dia a dia da precariedade da saúde no País, embora existam algumas ilhas de excelência em serviços prestados à população. Também nessa categoria, 11% das citações são para enaltecer gestões e governantes específicos, o que remete mais à retórica do que à ação aplicada em saúde no País.

Atos de cooperação internacional para a saúde foram amplamente valorizados nas menções situadas na categoria “administração pública”, bem como a preocupação com a disponibilidade de recursos financeiros para a saúde. Entretanto, menções a autoridades específicas superaram as citações ao povo brasileiro, o que denuncia as relações hierárquicas de poder. A questão da destinação de recursos para a saúde, sobretudo a escassez de investimentos, é um dos destaques da categoria, demonstrando uma preocupação constante e que se reflete entre os cidadãos brasileiros.

Sobre as doenças mais mencionadas pelos ministros durante os eventos da OMS, pode-se observar que HIV/AIDS seguem na liderança isolada em menções, com 18,18%. É o reflexo de toda uma política de alguns anos voltada para o tema. Não sem

razão, pois os índices de contaminação seguem subindo entre diferentes grupos sociais neste milênio. Ainda, doenças crônicas não transmissíveis estão em alta na preocupação dos governos, bem como a obesidade, que tem crescido no Brasil nos últimos anos. Ademais, o tabagismo, alcoolismo e consumo de drogas, além da mortalidade infantil, também aparecem em evidência. Já a descoberta realizada por pesquisadores brasileiros de que o zika vírus pode ser responsável por gerar microcefalia em fetos foi responsável por somente 3,9% das menções, percentual igual ao de mortes no trânsito.

A globalização não diminuiu – ao contrário, diríamos que até ressaltou – a problemática epidemiológica. Percebemos que as fronteiras político-econômicas continuam sendo um fator decisivo para os territórios onde as políticas de saúde e educação não se constituem, apesar dos discursos políticos, ponto prioritário dos investimentos e preocupações nacionais. Essa avaliação se acentua especialmente quando consideramos a orientação pré-estabelecida dos interesses econômicos que guiam muitas iniciativas no campo da saúde, caracterizadas pelo imediatismo dos empreendimentos lucrativos que tendem a negligenciar as questões ligadas ao desenvolvimento social, incluindo neste contexto um descaso pela saúde pública da população das regiões historicamente pobres.

Para Ribeiro, Piola e Servo (2007), há um crescimento mundial na “preocupação com a eficiência, efetividade e equidade nos gastos” com a saúde. Embora seja importante a busca do equilíbrio entre receitas e despesas, o financiamento da saúde não pode se resumir a uma simples equação contábil. A discussão do financiamento deve se dar sobre o volume de recursos a

ser destinado à saúde, mas também sobre como prover acesso oportuno da população a serviços de qualidade, eficazes, seguros e, também, custo-efetivos, com vistas a atingir os princípios e as diretrizes do SUS.

Mesmo com a definição na Constituição dos princípios básicos do SUS (acesso universal e igualitário), das suas diretrizes (descentralização, atendimento integral e participação da comunidade), e da forma como este deve ser financiado, há necessidade de aprofundamento das discussões sobre sua sustentabilidade. Informações sobre a distribuição de recursos governamentais, extraídos da Contabilidade Nacional, indicam prioridades estabelecidas politicamente.

Há que se considerar a qualificação dos postulantes aos postos mais elevados da hierarquia da saúde do País. Em nosso entendimento, a posição de ministro da Saúde não deveria ser objeto de acordos de coalizção partidária. O Brasil teve bons ministros da Saúde, que honraram o cargo, mas intercalou esses exemplos de sucesso com personagens inexpressivos, efêmeros, que se detiveram a canalizar recursos da saúde para o seu território eleitoral.

Nesse contexto, o governo do ex-presidente Michel Temer (2016-2018) impôs novos e graves contornos à dinâmica da crônica crise vivida pela saúde e produziu a mais grave ameaça ao SUS em três décadas. A indicação de um engenheiro e deputado federal do Partido Progressista (Ricardo José Magalhães Barros) para o comando do Ministério da Saúde, em um movimento de recomposição da base de apoio do Executivo no Congresso Nacional, revestiu-se de fundamental importância para a sustentação do projeto liberal e conservador das forças políticas e empresaria-



riais que se apoderaram do governo federal. A composição do MS com quadros sem trajetória no SUS e na reforma sanitária potencializou a utilização da máquina pública, inclusive para atender a interesses privados.

As temáticas apresentadas pelo Brasil junto à OMS por meio da participação nas edições anuais da Assembleia Mundial da Saúde somente em parte refletem as grandes questões enfrentadas pelo País no setor. Questões como verbas, acesso amplo à saúde, as diversas doenças sazonais ou situações que envolvem risco de epidemia estão majoritariamente presentes, ainda que não devidamente exploradas. Entretanto, observa-se um determinado uso político do espaço para enaltecer administrações específicas e posicionar o País constantemente em posição de protagonista, minimizando as questões relevantes do segmento para o povo brasileiro.

Sentimos falta de falas sobre a consequência inevitável da queda de recursos que trará a perda de qualidade nos serviços de saúde, com redução da cobertura de atendimento em um contexto em que o Ministério da Saúde alega trabalhar para ampliar a cobertura e melhorar a qualidade. No momento em que os cortes no orçamento da saúde chegam, cai a capacidade de resposta do sistema justamente quando este precisa ser reforçado para fazer frente às demandas em alta por atendimento gratuito – especialmente diante da redução de beneficiários de planos privados de saúde.

Nesse sentido, algumas propostas como a PEC 241/2016 (HORTA, 2017), que prevê o congelamento de investimentos sociais em saúde e educação por 20 anos, podem soar como um golpe final ao sistema gratuito. Uma das consequências espera-

das é a diminuição no gasto per capita com saúde (o Brasil já é um dos países com menos recursos aplicados em saúde por cada cidadão). O congelamento de recursos imposto pela PEC deve reduzir esse indicador ao mesmo tempo em que a população de idosos no Brasil vai dobrar. Estudos (MIRANDA; MENDES; SILVA, 2016) mostram que o envelhecimento da população é uma das causas do aumento dos gastos porque há demanda por mais tratamentos, cirurgias, medicamentos, entre outros. Os impactos que também se preveem sobre as demais políticas sociais, como saneamento, habitação, transporte, segurança pública, apontam para um cenário preocupante. Mas os discursos dos ministros no principal palco mundial de debate em saúde são omissos diante de tais perspectivas de futuro. Na contramão desse processo, este artigo oferece uma reflexão sobre o tema e convida população e academia a reforçarem os apelos sobre as necessidades de atenção à saúde além da retórica política.

## REFERÊNCIAS

ALVES-MAZZOTTI, A.; GEWANDSZNAJDER, F. **O método nas ciências naturais e sociais**: pesquisa quantitativa e qualitativa. São Paulo: Pioneira, 1998.

AGUIAR, C. Administração pública. In: GIOVANNI, G.; NOGUEIRA, M. (Orgs). **Dicionário de políticas públicas**. São Paulo: Fundap, 2ª ed., 2015. p.51-53.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa, Edições 70, 1979.

\_\_\_\_\_. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2004.

\_\_\_\_\_. **Análise de conteúdo**. Trad. Luís Antero Reto, Augusto Pinheiro. São Paulo: Edições 70, 2011.

BERELSON. B. **Content analysis in communication research**. New York: University Press, 1971.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Discursos do Brasil na Assembleia Mundial da Saúde**. Disponível em <<http://portalms.saude.gov.br/noticias/aisa/42660-discursos-do-brasil-na-assembleia-mundial-da-saude>>. Acesso em 24 jul. 2018(a).

\_\_\_\_\_. **Galeria de Ministros**. Disponível em <<http://portalms.saude.gov.br/galeria-de-ministros>>. Acesso em 4 ago 2018(b).

CARVALHO, S. Os desafios da comunicação interpessoal na saúde pública brasileira. **Organicom: Comunicação e Saúde**, n.16-17, ano 9, São Paulo, ECA- USP/ PPGCom/ Gestcorp/ Abrapcorp, p. 242-253.

CRESWELL, J. **Projeto de pesquisa**: métodos qualitativo, quantitativo e misto. 2ª. ed. Porto Alegre: Artmed, 2007.

FLICK, U. **Introdução à pesquisa qualitativa**. São Paulo: Artmed, 2009.

FOUCAULT, M. **A verdade e as formas jurídicas**. Rio de Janeiro: Cadernos PUC, 1974.

\_\_\_\_\_. **Microfísica do poder**. Org. e trad. Roberto Machado. Rio de Janeiro: Graal, 1979.

FREITAS, H.; CUNHA, M.; MOSCAROLA, J. Aplicação de sistemas de software para auxílio na análise de conteúdo. **Revista de Administração da USP**, v. 32, n. 3, pp. 97-109, jul./set. 1997.

GIOVANNI, G.; NOGUEIRA, M. (Orgs). **Dicionário de políticas públicas**. 2ª ed. São Paulo: Fundap, 2015.

HORTA, G. Regras fiscais no Brasil: uma análise da PEC 241. **Revista do BNDES**. 4 jun. 2017. Disponível em <<https://web.bndes.gov.br/bib/jspui/handle/1408/14022>>. Acesso em 10 set 2018. p. 259-308.

LAZARSELD, P. **Qualitative analysis**. Boston: Allyn and Bacon, 1972.

MACHADO, R. **Ciência e saber**: a trajetória da arqueologia de Foucault. Rio de Janeiro: Graal, 1981.

MATOS, H. A comunicação pública na perspectiva da teoria do reconhecimento. In: KUNSCH, M. (Org.). **Comunicação pública, sociedade e cidadania**. São Caetano do Sul, SP: Difusão, 2011. p. 39-59.

MINAYO, M. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 2ª. ed. São Paulo-Rio de Janeiro: Hucitec Abrasco, 1993.

MINAYO, M. (Org.). **Pesquisa social**: teoria, método e criatividade. Rio de Janeiro: Vozes, 2001.

MORAES, D. Políticas de comunicação. In: GIOVANNI, G. Di; NOGUEIRA, M. A. (Orgs). **Dicionário de políticas públicas**. 2ª ed. São Paulo: Fundap, 2015. p. 777-779.

NOGUEIRA, R. Políticas de saúde. In: GIOVANNI, G. Di; NOGUEIRA, M. A. (Orgs). **Dicionário de políticas públicas**. 2ª ed. São Paulo: Fundap, 2015. p.732-737.

OSGOOD, C. Representational model and relevant research content analysis. In: POLL, I. (Org.). **Trends in content analysis**, Urbana: University of Illinois Press, 1959.

RABELLO, L. **Promoção da saúde**: a construção social de um conceito em perspectiva comparada. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2010.

REIS, B. Arena política. In: GIOVANNI, G. Di; NOGUEIRA, M. A. (Orgs). **Dicionário de políticas públicas**. 2ª ed. São Paulo: Fundap, 2015. p. 84-88.

RIBEIRO, J.; PIOLA, S.; SERVO, L. **As novas configurações de antigos problemas**: financiamento e gasto com ações e serviços públicos de saúde no Brasil. Rio de Janeiro: CEBES, 2007.

TRIVIÑOS, A. **Introdução à pesquisa em ciências sociais**: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 1987.

UNRUG, M. **Analyse de contenu et acte de parole**. Paris. Delarges. Ed. Universitaires, 1974.

WHO. **World Health Assembly** Disponível em <<http://www.who.int/mediacentre/events/governance/wha/en/>>. Acesso em 7 maio 2018.