

Entrevista com Janine Cardoso

janinecardoso.fiocruz@gmail.com | <https://orcid.org/0000-0001-7862-2369>

Entre campanhas, notícias e direitos: os laços entre comunicação e SUS numa trajetória de pesquisa

In the midst of campaigns, news and civil rights: the ties between communication and SUS in a research trajectory

En medio de campañas, noticias y derechos: los lazos entre comunicación y SUS en una trayectoria de investigaciones



Uma trajetória individual que reverbera em suas práticas e pesquisas, interfaces da comunicação e da saúde ao longo do processo de construção do Sistema Único de Saúde no Brasil. Em entrevista à Reciis, a cientista social Janine Cardoso aborda as campanhas sobre aids, a cobertura jornalística das epidemias de dengue e o contexto da pandemia de Covid-19. Os direitos à saúde e à comunicação, a articulação com os princípios do SUS e práticas dialógicas são pensados em diferentes conjunturas, das lutas pela redemocratização do país ao momento atual, em que os discursos de negação da ciência e da democracia encontram força. Janine Cardoso é professora do Programa de Pós-Graduação em Informação e Comunicação em Saúde (PPGICS), do Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde (Icict), Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz).

Palavras-chave: Comunicação e saúde; Direitos; Epidemias; Saúde pública; Saúde coletiva.

Keywords: Communication and health; Rights; Epidemics; Public health; Collective health.

Palabras clave: Comunicación y salud; Derechos; Epidemias; Salud publica; Salud colectiva.

Entrevistador: Roberto Abib.

Fotografia: Ascom | Icict.

Licença CC BY-NC atribuição não comercial. Com essa licença é permitido acessar, baixar (*download*), copiar, imprimir, compartilhar, reutilizar e distribuir os artigos, desde que para uso não comercial e com a citação da fonte, conferindo os devidos créditos de autoria e menção à Reciis. Nesses casos, nenhuma permissão é necessária por parte dos autores ou dos editores.

Reciis: Como foi a sua trajetória acadêmica e como ela se consolidou, ao longo do tempo, 'no' e 'com' o campo da comunicação e saúde?

Janine Cardoso: Falar da nossa trajetória é sempre fazer uma edição à luz do presente, mas destacaria o vínculo entre comunicação, saúde e política, iniciado ainda na graduação de ciências sociais, no início da década de 1980, quando ingressei no então Projeto Radis, da Escola Nacional de Saúde Pública da Fiocruz e, depois, na criação do Núcleo de Vídeo, já na gestão de Sérgio Aroucaⁱ na presidência da Fiocruz. Esse e outros espaços foram abertos no contexto da intensificação das lutas pela redemocratização do país, e se apoiavam tanto na produção teórica da saúde coletiva quanto em seu encontro com diferentes movimentos sociais. Processos que construíram as bases conceituais do Sistema Único de Saúde (SUS), cujo marco é a 8ª Conferência Nacional de Saúde, e nos quais também se delimitaram condições para seu avanço, como nos acirrados debates e enfrentamentos durante a Assembleia Nacional Constituinte. Tempos em que a saúde, seus conceitos e suas formas de organização transcenderam o meio médico-sanitário, mobilizaram diferentes segmentos sociais, trazendo questões práticas e teóricas com alta intensidade e urgência. A construção de relações democráticas, com a população e nas próprias instituições, confrontava o direito à participação com o legado autoritário da ditadura e com a tradição mais ampla de participação tutelada.

Comunicação, educação e informação já formavam então um tripé estratégico para a democracia e para a universalização do direito à saúde, o que implicava a crítica de conceitos, práticas e relações de poder enraizados na história do país e da própria saúde. A criação, no início da década de 1990, do grupo temático de Comunicação e Saúde da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (Abrasco)ⁱⁱ, hoje mais abrangente, foi fundamental para ampliação dessas reflexões e para favorecer maior articulação entre grupos atuantes na época. O livro *Saúde e comunicação: visibilidades e silêncios*¹, organizado por Aurea Pitta – figura seminal para o campo, então coordenadora do GT e companheira de trabalho na Fiocruz –, foi um marco no mapeamento e reflexão de questões que estavam na interface da comunicação e da saúde. Entre elas, o questionamento de teorias e modelos de comunicação que sustentavam formas autoritárias da relação entre instituições, profissionais de saúde e a população; a ancoragem histórica das bases normativa, prescritiva e verticalizada que caracterizavam tanto as ações de saúde quanto as de comunicação, tendo como contraponto processos e tensões políticas e institucionais.

i O sanitarista Sérgio Arouca foi um dos principais teóricos e líderes do movimento da Reforma Sanitária Brasileira. Sua tese central foi inscrita na Constituição de 1988, tornando a saúde um direito inalienável de todos os cidadãos: "A saúde é direito de todos e dever do Estado". Professor concursado da Escola Nacional de Saúde Pública (Ensp/Fiocruz), além de chefe do Departamento de Planejamento da Escola, foi eleito presidente da Fiocruz em 1985.

ii A Abrasco foi criada em 1979 com o objetivo de atuar como mecanismo de apoio e articulação entre os centros de treinamento, ensino e pesquisa em saúde coletiva para fortalecimento mútuo das entidades associadas e para ampliação do diálogo com a comunidade técnico-científica e desta com os serviços de saúde, as organizações governamentais e não governamentais e a sociedade civil.

Desse quadro fazia parte a intensificação de perspectivas comunicacionais críticas: as lutas pela democratização da comunicação, a busca de alternativas ao ‘miacentrismo’² e às pesquisas voltadas exclusivamente para os núcleos emissores. A parceria com a Escola de Comunicação da Universidade Federal do Rio de Janeiro (ECO/UFRJ) nos aproximou dos estudos culturais, da semiologia e da análise de discurso³⁻⁵, vetores importantes para a crítica aos modelos instrumentais da comunicação, da língua e da linguagem.

O elo entre saúde, comunicação e política permanece, de diferentes formas, na minha trajetória acadêmica e institucional e nos projetos que as entrelaçam, tanto no ensino e na pesquisa quanto na gestão. ‘Comunicação e saúde’, hoje reconhecido como campo diversificado de práticas e de produção de conhecimento envolveu, na Fiocruz, e particularmente no Iicict, um percurso nada linear que vai de sua demarcação como área auxiliar até sua consolidação como unidade técnico-científica, sede do Programa de Pós-Graduação em Informação e Comunicação em Saúde (PPGICS), com inédita articulação de domínios disciplinares.

Reciis: Epidemias, comunicação e saúde atravessam seus estudos. Que questões mobilizaram a pesquisa em que analisa as campanhas nacionais de HIV/aids veiculadas pela TV (1987-1999)⁶?

Janine Cardoso: A dissertação parte dessas inquietações em torno das práticas e políticas públicas de comunicação e saúde, em meio à reconfiguração política e institucional em curso. O ponto de partida foi, sem dúvida, a discussão das campanhas, que há décadas se mantinham como principal estratégia de comunicação das instituições de saúde. A análise da campanha como produção social e discursiva levou à problematização da ‘forma campanha’ também como peça central do sanitarismo campanhista, modelo de saúde que emerge no século XXⁱⁱⁱ, se consolida e se modifica em diferentes e complexas conjunturas até seu declínio na década de 1960. Como destaque na dissertação, o foco da problematização não era a ‘presença’, mas a ‘ausência’, tanto nas campanhas sanitárias quanto em seu componente comunicacional, de políticas públicas que lidassem concretamente com a determinação social de grande parte dos problemas de saúde. Ou seja, a manutenção e o acirramento das desigualdades sociais, o que se acentuava nas doenças que já contavam com conhecimento técnico-científico acumulado para sua superação ou controle. Por outro lado, desde os primeiros momentos de construção do SUS estava sob crivo o caráter tópico, centralizado e vertical das ações de saúde, que seus princípios, diretrizes e as leis que o regulamentam se empenham em superar. No entanto, o mesmo não aconteceu em relação às suas estratégias de comunicação, que se mantiveram avessas às reivindicações de movimentos e conselheiros de saúde por sua desconcentração, entendida, claro, como desconcentração de poder. No entanto, já na dissertação essas críticas não desconheciam ou negavam o potencial das campanhas de generalizar informações e interferir na agenda pública, ainda mais intenso quando integrado com outras estratégias e atores.

É por esse caminho que chego às epidemias e à aids, que já constituía, simultaneamente, um dos principais problemas de saúde pública mundial e catalizador de lutas que articulavam direitos humanos, políticos e sociais. Uma série de questões – acesso ao acervo, parâmetros de comparação etc. – fizeram com que a análise se concentrasse nas campanhas televisivas produzidas pelo Ministério de Saúde (MS), buscando perceber permanências e/ou mudanças no discurso preventivo oficial em relação à presença de vozes, temas, concepções de saúde, doença e do próprio SUS.

iii O modelo campanhista baseou-se em campanhas sanitárias para combater as epidemias de febre amarela, peste bubônica e varíola, implementando programas de vacinação obrigatória, desinfecção dos espaços públicos e domiciliares e outras ações de medicalização do espaço urbano, que atingiram, em sua maioria, as camadas menos favorecidas da população. Esse modelo predominou no cenário das políticas de saúde brasileiras até a década de 1960.

A extensa literatura sobre a aids inclui vários aspectos abordados na pesquisa e também nas conjunturas subsequentes. Destaco apenas algumas questões em contraponto com o momento atual.

A aids emerge e surpreende o mundo em um momento marcado por muitas esperanças no controle e mesmo no desaparecimento das doenças infecciosas frente ao avanço científico e tecnológico experimentado durante o século XX. As doenças crônicas, como as cardiovasculares e os diferentes tipos de câncer, passaram a ocupar o centro das preocupações, assim como a epidemiologia dos fatores de risco. Risco, no entanto, é um conceito que transita em diversas áreas do saber, sendo discutido também como regulador de condutas e expectativas individuais e coletivas, dimensões que discuti mais detidamente em outra pesquisa¹². Nos primeiros anos da epidemia de aids, no entanto, categorias derivadas do risco, principalmente os chamados ‘grupos de risco’, foram bastante criticadas tanto por seu potencial de estigma e discriminação quanto por desconsiderarem aspectos sociais, políticos, econômicos e culturais implicados no surgimento e enfrentamento da epidemia. As epidemias seguintes não só se encarregaram de desfazer essas esperanças, como também trouxeram o apaziguamento das críticas de categorias como ‘grupo de risco’, hoje muito frequente, por exemplo, na cobertura jornalística sobre os novos métodos preventivos. Aliás, a despeito do HIV/aids continuar um grave problema de saúde, o tema recuou na pauta jornalística e nas campanhas de comunicação governamentais.

Outra observação diz respeito à tônica na responsabilidade individual e no uso da camisinha em todo o período estudado e ainda hoje. É certo que a entonação fatalista e moralista das primeiras campanhas cedeu lugar a outras estratégias. Mas não a ênfase na responsabilidade individual. Alguns slogans demonstram tanto sua permanência quanto mudanças verificadas em diferentes conjunturas: ‘Aids: você precisa saber evitar’, ‘AIDS: pare com isso’, ‘Se você não se cuidar, a AIDS vai te pegar’ (produzida durante o governo Collor, foi a que gerou maior repercussão e críticas), ‘Você precisa aprender a transar com a existência da Aids’, ‘Viver sem Aids, só depende de você’⁶. Enquanto as campanhas do Dia Mundial de Luta contra Aids, iniciadas em 1989, reservaram espaço para a solidariedade, também por pressão dos organismos internacionais, no período estudado praticamente inexistiram campanhas sobre o controle de qualidade do sangue, serviços de informação e atenção ou, mais tarde, sobre a testagem. A ausência desses e de outros temas relevantes têm várias explicações, como a capacidade do SUS de responder ao aumento da demanda, mas quero sublinhar o encontro da tradição brasileira de enfrentamento de eventos epidêmicos – a convocação para guerra ao inimigo, que pode ser o HIV ou o *Aedes aegypti* – com a lógica do risco no contexto mais amplo de expansão do projeto neoliberal. Disso resulta a crescente descoletivização da gestão do risco, desresponsabilização do Estado e apagamento da determinação social dos processos saúde-doença, inclusive em campanhas de promoção da saúde.

Também assinalo na pesquisa o quanto o modelo publicitário adotado pelo Ministério da Saúde era distinto da publicização e da participação reivindicadas por movimentos sociais e também nas conferências de saúde. Na época, o Ministério da Saúde detinha um dos maiores orçamentos destinados à publicidade e era alvo de acompanhamento e críticas de parlamentares, pesquisadores e lideranças dos movimentos contra HIV/aids. De lá para cá, essa discussão vai declinando na agenda pública, em movimento similar à análise das campanhas na agenda de pesquisa. Claro é que essa questão se coloca hoje de modo muito distinto, frente a mudanças e repercussões muito significativas de midiaticização social, apenas apontada na dissertação.

Reciis: Você comentou que a noção de risco já aparecia na pesquisa realizada no mestrado. Na sua tese⁷ você vai aprofundar esta questão, relacionando novamente com os eventos epidêmicos, neste caso com a dengue. Como o risco aparece nesse contexto?

Janine Cardoso: Nessa pesquisa, continuo a problematizar as relações entre comunicação, saúde e política, com foco no jornalismo e na epidemia de dengue. Analiso a cobertura do Jornal Nacional (JN), ainda hoje principal telejornal do Brasil, de seis epidemias de dengue no Rio de Janeiro, da primeira em 1986 até a de 2008. Desta vez, risco orientou a análise de como foram construídas, em cada evento epidêmico, causas, responsabilidades e as formas de interpelar a audiência, segundo os modos de expor o sofrimento. Como ponto de partida, o pressuposto de que nesse período vivemos mudanças nos ideais de saúde – muito sensíveis na valorização e na pleora de cuidados associados ao estilo de vida saudável, assim como nos ideais de política e justiça social – marcados pela descrença nas instituições e nos agentes políticos, mas também pela generalização das figuras e valores do mercado para orientação de sujeitos e políticas públicas. O espaço ‘entre vítimas e cidadãos’, que abre o título, assinala esse campo de problemas. Não se trata de uma discussão sobre o conceito epidemiológico de risco, embora esteja presente como parte de uma constelação mais ampla, mas define o risco como uma forma cultural específica de objetivar, calcular e lidar com as incertezas, de posicionar sujeitos, definir expectativas^{8,9} e orientar escolhas individuais e coletivas. Desse ponto de vista, risco é, simultaneamente, um construto científico, uma forma de subjetividade e de politização historicamente produzidos.

É forte aqui a presença das reflexões de Paulo Vaz, quanto ao modo singular de inserção no tempo implicado nas estimativas de risco, ao tornar um evento previsível e evitável pela ação humana cientificamente orientada, no quadro de deslocamento da norma ao risco como regulador social. Outra referência importante para a pesquisa foi o historiador da medicina Charles Rosenberg e sua proposta de considerar a doença com um comentário monitorado sobre a sociedade¹⁰ e a dimensão dramática das epidemias¹¹.

A comparação histórica nas diferentes conjunturas sociais, políticas e sanitárias abrange tanto as mutações da doença quanto a trajetória do JN. Destaco as graves epidemias de 2002 e 2008 com posicionamentos bastante diferenciados do telejornal. Em 2002, há destaque para a complexidade envolvida no controle da dengue e do *Aedes*, incluindo indicadores de risco epidemiológico, fatores sociais e econômicos mais amplos e dados da Organização Mundial da Saúde (OMS) sobre a situação da dengue no mundo. As matérias enfatizavam o agravamento dos casos, provocados pelo surgimento do vírus DEN-3, acompanhavam medidas oficiais, mostravam o sofrimento em hospitais e ambulatórios lotados, além de iniciativas da própria população. Um aspecto importante é a técnica de exposição do sofrimento: o número de casos e mortes (confirmadas ou suspeitas) foi atualizado diariamente, mas nenhum caso mereceu a citação nominal, nota ou reportagem especial, como já havia acontecido em 1998, inclusive com cenas de enterro das vítimas. Igual destaque era conferido às medidas governamentais, como liberação de verbas e aumento da capacidade de testagem. Preocupação, alerta, perigo, mas não atribuição direta de responsabilidade. Lembremos que o então Ministro da Saúde, José Serra, seria candidato na eleição presidencial, no mesmo ano, vencida por Luz Inácio Lula da Silva. Em 2008, no entanto, a cobertura será orientada pela lógica do risco: a epidemia era evitável, e o próprio JN se encarregou de anunciá-la no ano anterior; governantes e a própria população foram apontados como responsáveis pelos casos e mortes que, desta vez, atingiram principalmente os menores de 15 anos. A complexidade desaparece junto com a desigual distribuição dos riscos e das mortes, falta de saneamento e diferentes condições de acesso aos serviços de saúde. A dramaticidade é mostrada nas imensas filas, nos leitos hospitalares improvisados, nos depoimentos marcados pelo desespero, no acompanhamento do enterro de crianças. A atualização dos casos

é marcada no ritmo de horas, minutos. No dia 25 de março de 2008, dez minutos são dedicados à dengue, metade dedicado às vítimas fatais menores de 15 anos, que respondiam por 27 das 49 mortes no estado do Rio de Janeiro. Durante a edição, todas foram nomeadas e três mereceram reportagens específicas. Embora as imagens mostrassem a pobreza dos familiares, das casas e dos bairros onde moravam, essas marcas de injustiça social não foram valorizadas. Para suscitar indignação, revolta e generalizar o risco da morte estavam em primeiro plano a dor da perda, a omissão e descaso das autoridades políticas e sanitárias nas três esferas de governo. O que permitiu, simultaneamente, o endereçamento dos telespectadores como potenciais vítimas da dengue, a desqualificação de políticos (e da política), das autoridades sanitárias e a projeção incontestada do julgamento efetuado pelo JN.

As desigualdades sociais, no entanto, têm merecido mais espaço na cobertura de outras epidemias mais recentes, como a provocada pelo Zika vírus e a própria pandemia de Covid-19.

Reciis: No contexto atual, marcado pelas novas mídias, *fake news* e o negacionismo da ciência como você observa as questões analisadas nessas pesquisas sobretudo em relação à pandemia de Covid-19?

Janine Cardoso: Essa pergunta nos leva ao projeto autoritário defendido por Jair Messias Bolsonaro, bem antes de sua chegada à Presidência da República, e às condições favoráveis para seu fortalecimento, que conjugam a deterioração do quadro político nacional, com o golpe parlamentar que levou ao impeachment da presidenta Dilma Rousseff, e a escalada mundial da extrema direita nos marcos do projeto ultraliberal. Nos dois planos, foi e é decisivo o manejo da lógica algorítmica das plataformas digitais, como Facebook, Twitter, YouTube, Instagram e principalmente do aplicativo Whatsapp para o marketing político desses projetos. Trata-se da identificação de perfis com tendências conservadoras – a partir de preferências individuais, políticas, religiosas etc. –, para planejar e veicular incessantemente mensagens falsas ou deturpadas que exacerbem suas crenças, temores e esperanças. O Brexit^{iv} e a eleição de Donald Trump para presidência dos Estados Unidos, em 2016, são citados como os exemplos mais extremos da chamada ‘guerra cultural’ que elegeu a ciência, os direitos humanos, as regras e instituições da democracia liberal como inimigos principais. As estratégias eleitorais de Bolsonaro e seu governo são também exemplares no alinhamento à essa ‘guerra’.

O autodeclarado projeto de destruição que caracteriza o atual governo não se deteve diante da gravidade da pandemia, como não havia se importado com o aumento das desigualdades sociais promovido por medidas de diferentes ministérios. Ao contrário, manteve a estratégia beligerante de falsas dicotomias, opondo a defesa da economia à ciência e às recomendações dos organismos internacionais, da OMS ao Fundo Monetário Internacional (FMI). Nega, principalmente, sua responsabilidade e a do Estado brasileiro perante a absurda escalada de casos e mortes. Apesar da importância de sistemas públicos universais para o controle do vírus e da doença, continua a desprezar o SUS e toda a capacidade técnica envolvida em sua capilaridade, abrangência programática, estrutura e arcabouço legal que permitem ações coordenadas nas três esferas de governo. Conquistas que resistiram ao crônico subfinanciamento e ao congelamento imposto pela Proposta de Emenda Constitucional (PEC) 95, ainda no governo de Michel Temer.^{12,13} Ao contrário, mesmo com o agravamento da pandemia, a recusa em seguir o posicionamento do presidente levou à substituição de dois ministros da saúde e depois à confirmação da titularidade do general interino fiel ao mandatário e às suas recomendações de tratamentos ineficazes, de não transparência de dados e de crivo político-ideológico para a compra de vacinas.

iv Referendo que resultou na saída do Reino Unido da Comunidade Econômica Europeia.

A ausência de coordenação e políticas nacionais para o controle da pandemia é o resultado desse conjunto de ações e não poderia deixar de se refletir nas estratégias de comunicação. Em março, por exemplo, a campanha publicitária ‘O Brasil não pode parar’, conclamando a população brasileira a retornar ao trabalho, foi interdita pelo Supremo Tribunal Federal (STF). Na sequência, o cancelamento das entrevistas coletivas, assim como a interrupção da atualização diária dos dados, que depois foram retomadas seguindo a diretriz de enfatizar o número de recuperados. No entanto, permanece o uso intensivo das plataformas digitais para *lives* e postagens, mantendo um tipo de relação do presidente com suas bases, que dispensa tanto a figura do porta-voz quanto a mediação da imprensa, alinhada à política de confronto com os principais meios jornalísticos.

Diante do esgarçamento dos limites para as disputas e diferenças democráticas, o termo politização, tal como usado nas mídias, me parece insuficiente para definir a forma com que a pandemia tem se desenvolvido no país, seja porque pressupõe que epidemias e pandemias se desenrolam à margem dos diferentes interesses políticos e econômicos; seja porque não expressa a intensidade da polarização que ela promove, cuja brutalidade e virulência não encontra paralelo na história recente das epidemias no Brasil. A naturalização de mais de 180 mil mortes de brasileiros não é indiferente à sua composição majoritária de pobres, negros, indígenas, quilombolas e grupos mais vulneráveis. E se encontra com condições tecnopolíticas e econômicas singulares e bastante propícias para revigorar a matriz autoritária da formação social brasileira, construída com a escravidão, golpes de estado e uma cultura antipopular avessa à incorporação de direitos e em prol da manutenção de privilégios. A resposta indignada de uma mulher à interpelação feita a seu marido durante ação de fiscalização das medidas de prevenção, na Barra da Tijuca, no Rio de Janeiro, é cristalina: “*Cidadão não! Engenheiro, Civil, formado. Melhor que você*”. O complemento poderia ter sido “*que você, servidor público, parasita*”, seguindo o ministro da Economia na defesa de uma de suas reformas, a administrativa.

No entanto, a oposição economia ou enfrentamento da pandemia não deve ser menosprezada. Jair Bolsonaro soube se apresentar como incansável e quase único defensor do emprego, da renda e liberdades individuais, assim como capitalizar os impactos positivos do auxílio emergencial na economia principalmente nas condições de vida de mais de 1/3 da população, apagando sua oposição inicial e o papel decisivo do Congresso Nacional na aprovação do projeto. Soube assim se identificar com a realidade de parte significativa da população que lida diariamente com toda sorte de violência, e destacaria aquela exercida por forças policiais e grupos milicianos. Condições em que as recomendações de distanciamento social, como ‘fique em casa’ podem ter efeitos contrários ao desejado, tanto pela falta de água, ventilação, materiais e condições de higiene, como pela violência doméstica contra mulheres e crianças.

O atual governo tem insistido na delimitação da pandemia à esfera privada, cabendo aos indivíduos cuidarem de si e de sua família, coerente com o ideário neoliberal de generalização da empresa como figura econômica, política e subjetiva. Mas creio que há diferenças em relação ao que apontamos em outras epidemias. Mesmo que a prioridade conferida aos eventos tenha sido variável, não houve contestação da ciência, da existência das doenças e da necessidade de mobilização social para seu enfrentamento. Até aqui, a responsabilidade individual era forma de inscrição de sujeitos em causas públicas, que não raro investiram na ideia da ‘doença democrática’ capaz de atingir todos da mesma forma, seja para alimentar a solidariedade ou a culpabilização, mas não a indiferença social, como no caso da Covid-19, sem espaço também para a comoção e o luto coletivo.

Ao mesmo tempo, como temos discutido na pesquisa Covid nas mídias^v precisamos entender no que consiste e quem define o que são *fake news*, sob risco de reificar a objetividade jornalística e o papel das

v A pesquisa, coordenada por Katia Lerner, é vinculada ao Laboratório de Comunicação e Saúde (Laces) do Ict/Fiocruz e ao Observatório Covid-19 da Fiocruz, que tem o objetivo de desenvolver análises integradas, tecnologias, propostas e soluções para enfrentamento da pandemia por Covid-19 pelo SUS e pela sociedade brasileira.

agências de checagem. Da mesma forma, é preciso avançar na compreensão da rede de sentidos, interesses e afetos que mobilizam. Como se percebe, sobretudo nas redes digitais, esses elementos têm ampliado a circulação desses discursos e afetado material e simbolicamente o curso da pandemia no Brasil.

Reciis: Você é uma das pesquisadoras brasileiras que contribuem para a construção e o fortalecimento do campo comunicação e saúde e não 'para' ou 'em' saúde. Desta perspectiva, como você observa a comunicação e o SUS, neste ano em que a Lei. 8.080 que o regulamenta completa 30 anos, no contexto de pandemia?

Janine Cardoso: Começamos esta entrevista falando da construção da saúde coletiva, da Reforma Sanitária Brasileira e da construção do SUS, que implicaram e estavam implicadas em intensos processos de mudanças nas formas de conhecer, atuar, produzir políticas públicas e transformar a realidade. Processos amplos, que promoveram pontos de articulação entre diversas áreas do saber, forças políticas e movimentos sociais; diferentes concepções e projetos de mudança, mais ou menos convergentes. Comunicação, como a Educação, foi um desses pontos de articulação. Destacar a diferença com outras denominações, como comunicação para saúde ou em saúde, implica simultaneamente reconhecer a diversidade do campo e marcar uma posição teórica e política nas formas de entender as relações entre comunicação e saúde como construções históricas, sociais e discursivas, nada lineares ou unívocas^{vi}. Para acentuar essas dimensões, temos definido comunicação e saúde como um campo em formação, na interface entre os campos da saúde e da comunicação. O ponto de partida é o conceito de Bourdieu¹⁴ – campo como espaço multidimensional e estruturado, onde se dá a disputa entre forças de desigual poder para avançar ou manter suas posições. A partir daí, temos insistido na natureza simbólica desse espaço sociodiscursivo e na relação texto-contexto para sublinhar a porosidade de seus limites, sempre atualizados em relações saber e poder.

Desse ponto de vista, comunicação é entendida como processo sempre disputado de produção de sentidos sociais que atravessa a constituição de sujeitos e coletividades, assim como as instituições, sociedades e acontecimentos dos quais participam. Sentidos marcam a polifonia social envolvida em diferentes arenas, a começar pela própria palavra; sentidos que se estabelecem em discursos; discursos que disputam o poder de criar, manter ou transformar a realidade. Por isso a rejeição, de princípio e por princípio, de concepções instrumentais da língua, da linguagem e da comunicação que as reduzem a meios de transmissão de significados, informações, mensagens. Com Foucault, afirmamos que “o discurso não é simplesmente aquilo que traduz as lutas ou sistemas de dominação, mas aquilo por que, pelo que se luta, o poder do qual nós queremos nos apoderar” (p. 10)¹⁵.

Com essas e outras premissas, os princípios do SUS são tomados como eixo articulador tanto do compromisso ético de superação da extrema concentração de riqueza e poderes materiais e simbólicos, quanto dos desafios teóricos, metodológicos e políticos que se colocam para a construção de políticas públicas que caminhem nesta direção¹⁶. Assim, vemos como indissociáveis o direito universal à saúde e o direito universal à comunicação, que une, por sua vez, o direito à informação e o direito à palavra nos espaços públicos de debate, tecnologicamente mediados ou não. O mesmo acontece com a equidade, reconhecendo que a extrema concentração que caracteriza o Brasil inclui a da palavra. Isso se manifesta nos monopólios nacionais e os conglomerados transnacionais dos meios de comunicação, mas também nas muitas vezes ainda periféricas no campo da saúde. A integralidade permite reforçar o circuito comunicativo – produção, circulação e apropriação dos sentidos sociais – ainda mais importante quando se considera o tradicional

vi Esta perspectiva se nutre de diferentes aportes teóricos, entre os quais destaco Pierre Bourdieu, Michel Foucault, Mikhail Bakhtin e Norman Fairclough, que se encontram na Semiologia dos Discursos Sociais, tal como proposto por Milton José Pinto e no modelo da comunicação como mercado simbólico, formulado por Inesita Araújo.

privilégio da produção (‘o polo emissor’). Os avanços envolvidos no reconhecimento da integralidade e da humanização do cuidado colocam em primeiro plano outros princípios da comunicação como relação dialógica, como a inteireza e a escuta do outro. Descentralização e participação social, que atravessam todos os princípios do SUS, estão fundamentalmente vinculados à desconcentração de poderes. Como tal, sua conquista e exercício não está restrita a espaços e momentos específicos, mas atravessa o cotidiano daqueles envolvidos nas ações, serviços, instituições e movimentos de saúde.

Essas articulações, aqui apenas sumarizadas, deparam-se com outros desafios¹⁷ e, hoje, com os retrocessos aos quais nos referimos na resposta anterior. Mas também com resistência e frentes de luta, sem as quais dificilmente haverá mudanças no projeto ultraliberal e autoritário do governo federal. O que inclui a ausência de coordenação nacional para qualquer aspecto do enfrentamento da pandemia de Covid-19, mesmo com recrudescimento dos casos e mortes, insistentemente antecipado por universidades, assim como pela Fiocruz, por outras instituições e instâncias do SUS, como o Conselho Nacional de Saúde (CNS), Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) e Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conassem). Ainda que a permanência das restrições dos contatos sociais dê cada vez mais sinais de exaustão, continuarão decisivas as medidas de prefeitos e governadores que reconhecem sua gravidade; as estratégias desenvolvidas por profissionais do SUS e, igualmente importante, a auto-organização de formas de resistência e solidariedade que têm impedido que o número de mortes seja ainda maior nas periferias, favelas, quilombos e aldeias.

REFERÊNCIAS

1. Pitta AMR, organizador. Saúde e Comunicação: visibilidades e silêncios. São Paulo: Hucitec; 1995.
2. Barbero JM. Dos meios às mediações: comunicação, cultura e hegemonia. Rio de Janeiro: Editora UFRJ; 1997.
3. Fairclough N. Discurso e mudança social. Brasília: UnB; 2001.
4. Pinto MJ. As marcas linguísticas da enunciação: esboço de uma gramática enunciativa do português. Rio de Janeiro: Numen; 1994.
5. Pinto MJ. Comunicação e discurso: introdução à análise de discursos. São Paulo: Hacker, 1999.
6. Cardoso JM. Comunicação, saúde e discurso preventivo: reflexões a partir de uma leitura das campanhas nacionais de Aids veiculadas pela TV (1987-1999). [Dissertação]. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro; 2001.
7. Cardoso JMC. Entre vítimas e cidadãos: risco, sofrimento e política nas narrativas do Jornal Nacional sobre as epidemias de dengue (1986-2008). [Tese]. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro; 2012.
8. Vaz PR. O risco e a construção de subjetividades crônicas e punitivas na contemporaneidade. Rev Eletron Comun Inf Inov Saúde [Internet]. 2020 jan.-mar. [citado 2020 out. 19];13(1):1-13. Disponível em: <https://www.reciis.icict.fiocruz.br/index.php/reciis/article/view/1761>. doi: <https://doi.org/10.29397/reciis.v13i1.1761>.
9. Vaz P, Pombo M, Fantinato M, Peclly G. O fator de risco na mídia. Interface (Botucatu) [Internet]. 2007 jan.-abr. [citado 2020 out. 19];11(21):145-63. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832007000100013. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832007000100013>
10. Rosenberg C. Framing disease: Illness, society and history. In: Rosenberg C. Explaining epidemics and other studies in the history of medicine. Cambridge: Cambridge University Press; 1992. p. 305-18.
11. Rosenberg C. What is an epidemic? AIDS in historical perspective. In: Rosenberg C. Explaining epidemics and other studies in the history of medicine. Cambridge: Cambridge University Press; 1992. p. 278-293.

12. Presidência da República (BR). Emenda Constitucional nº 95, 15 de novembro de 2016. Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal, e dá outras providências. Diário Oficial da União [Internet]. Brasília, 16 dez. 2016 [citado 2020 nov. 13]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc95.htm.
13. Câmara Federal (BR). Emendas apresentadas à PEC nº 241, de 2016 [Internet]. Brasília, 2016 [citado 2020 nov. 13]. Disponível em: https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra?codteor=1468431&filename=PEC+241/2016.
14. Bourdieu P. O poder simbólico. Rio de Janeiro: Bertrand; 1989.
15. Foucault M. A ordem do discurso. Loyola: São Paulo; 1996.
16. Araujo IS, Cardoso JM. Comunicação e saúde. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2007.
17. Cardoso JM, Rocha RL. Interfaces e desafios comunicacionais do Sistema Único de Saúde. Ciênc. saúde coletiva [Internet]. 2018 jun [citado 2020 out. 19];23(6):1871-80. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232018000601871. doi: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.01312018>.