

**UNIVERSIDADE DO ESTADO DE MATO GROSSO
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
INSTITUTO DE LINGUAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM LINGÜÍSTICA
MESTRADO EM LINGÜÍSTICA**

MARIA MARTA LINO DE OLIVEIRA SILVA

**OS MODOS DE CONSTITUIÇÃO DO SUJEITO-USUÁRIO DO SUS PELAS
POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE**

**Cáceres – MT
2012**

MARIA MARTA LINO DE OLIVEIRA SILVA

**OS MODOS DE CONSTITUIÇÃO DO SUJEITO-USUÁRIO DO SUS PELAS
POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Linguística da Universidade do Estado de Mato Grosso, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Linguística, sob a orientação do(a) professor(a) Dr.(a) Olimpia Maluf-Souza.

**Cáceres - MT
2012**

Silva, Maria Marta Lino de Oliveira.

Os modos de constituição do sujeito-usuário do SUS pelas políticas públicas de saúde. /Maria Marta Lino de Oliveira Silva - Cáceres/MT: UNEMAT, 2012.

102f.

Dissertação (Mestrado) – Universidade do Estado de Mato Grosso. Programa de Pós-Graduação em Linguística, 2012.

Orientadora: Olimpia Maluf-Souza.

1. Usuário do SUS. 2. Análise de discurso. 3. Conferências nacionais de saúde. I. Título.

CDU: 81'42

Ficha catalográfica elaborada pela Biblioteca Regional de Cáceres

MARIA MARTA LINO DE OLIVEIRA SILVA

**OS MODOS DE CONSTITUIÇÃO DO SUJEITO-USUÁRIO DO SUS PELAS
POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE**

BANCA EXAMINADORA

Dr^a. Olimpia Maluf-Souza (Orientadora – PPGL/UNEMAT)

Dr^a. Eliana de Almeida (Coorientadora e Membro – PPGL/UNEMAT)

Dr.(a). Suzy Maria Lagazzi (Membro – PPGL/UNICAMP)

Dr. Valdir Silva (Suplente – PPGL/UNEMAT)

APROVADA EM: __/__/____

*À minha mãe e irmãos queridos.
Ao Barrinha, Pedro e Letícia.*

AGRADECIMENTOS

Quero agradecer imensamente à minha mãe, que, de modo bastante doce, conseguiu plantar em mim, sementes de sede de saber...

Agradeço à companhia de meus irmãos(ãs), cunhados(as) e sobrinhos(as), que sempre tiveram uma palavra calorosa para me incentivar.

Agradecimento especial à família que tenho construído diariamente – meu marido, Barrinha e meus filhos, Pedro Henrique e Letícia – pela companhia diária, pela compreensão da ausência, e pelo amor incondicional que me doam.

Agradeço aos colegas de turma e amigos que conquistei nesse percurso do Mestrado, em especial à Cibeli e Francieli que dividiram comigo muitos dos meus risos e das minhas lágrimas.

Agradeço aos meus professores do Mestrado, que contribuíram para que este trabalho pudesse se realizar.

Em especial, agradeço e externo minha admiração à orientadora Profa. Olimpia Maluf-Souza pela coragem, pelo apoio e por saber, tão bem, se fazer presente.

À Profa. Suzy Maria Lagazzi, à Profa. Eliana de Almeida e ao Prof. Valdir Silva pelas suas leituras e contribuições riquíssimas, meu muito obrigada.

Agradeço à Unemat, pela oportunidade de realizar meu sonho de Mestrado na cidade onde nasci e resido.

Agradeço à Soraia, membro da Comissão de Qualificação do Servidor da Secretaria de Estado de Saúde, que sempre me auxiliou naquilo que precisei.

Agradeço à Secretaria de Estado de Saúde pela confiança que me foi depositada para que eu pudesse realizar essa pesquisa.

Agradeço aos colegas de trabalho do Hospital Regional de Cáceres Dr. Antonio Fontes por termos construído e tentado manter firme o sonho de bem fazer saúde pública.

Agradeço às amigas psicólogas Graciete Mirian, Daniela Bezerra, Alexsandra Rêgo, pelo apoio profissional e pela troca de conhecimentos.

E enfim, agradeço aos muitos usuários do SUS do Hospital Regional de Cáceres, que me impulsionaram a chegar até aqui e ir mais além...

Cidadãos? Apenas alguns. A maioria é excluída desta condição. Isso significa que alguns não farão parte da construção e das decisões políticas do país. Não construirão as condições de vida a que estarão submetidas; não construirão soluções para as suas necessidades; serão usuários dos serviços, das decisões, dos restos [...].

BOCK (2008, p. 4)

RESUMO

O presente trabalho, que se filia à Análise de Discurso, tendo como precursor na França, Michel Pêcheux e no Brasil, Eni Orlandi, toma como material de análise os arquivos das 14 Conferências Nacionais de Saúde (CNSs), que se realizaram no país, desde 1941 até 2011, e que se encontram disponíveis, para o público em geral, na internet, além de uma Cartilha do Usuário, que circulou nas dependências do Hospital Regional de Cáceres Dr. Antonio Fontes, quando de sua inauguração, em 2001. A pergunta que se encontra na base de toda essa nossa pesquisa é de que modo as políticas públicas de saúde instituem, pela formulação e circulação do dizer, o sujeito-usuário do SUS. A imbricação entre a Saúde e a Linguística é um funcionamento presente nas análises realizadas, pois as condições de produção dos modos de se fazer saúde no Brasil funcionam de acordo com os modos como os sujeitos-alvos da saúde têm sido discursivizados pelo Estado, ao longo da história do país. Sendo assim, esses sujeitos-alvos da saúde, atualmente chamados de usuários do SUS, são aqueles que não sabem, os desconhecedores, os desinformados, os sem-voz, a presença-ausente nas deliberações das políticas públicas de saúde. O funcionamento desses dizeres se ancora no discurso pedagógico e, por conseguinte, no discurso autoritário (Orlandi, 1996), garantindo, assim, a propagação de um modo de se fazer saúde, pelo uso corriqueiro de instrumentos didático-pedagógicos, que visam a inculcação e a máxima pulverização de informações para o maior número possível de pessoas. O Estado utiliza para isso, cartilhas, folders, guias, panfletos, questionários e outras estratégias educativas, que fazem circular informações *sobre* a saúde, para um sujeito-alvo que nada sabe, e que, por um efeito de evidência, faz funcionar também um sentido para o adoecimento, que se sustenta, então, pela ignorância. Outro funcionamento discursivo, que as análises deste trabalho nos permitiram dar visibilidade é quanto às relações hierarquizadas presentes nas políticas públicas do país, pois o que há são aqueles poucos – autoridades governamentais e técnicos da saúde – que decidem, que determinam os modos de se fazer saúde sobre a vida de muitos dos brasileiros. Esse funcionamento se ancora no discurso religioso, que também, por seu caráter autoritário, determina uma relação unilateral e impositiva daqueles que detém o poder/saber sobre a saúde dos usuários do SUS.

PALAVRAS-CHAVES: Usuário do SUS, Análise de Discurso, Conferências Nacionais de Saúde.

ABSTRACT

The current composition, on the field of Analysis of Discourse, which has, as precursor in France, Michael Pêcheux, and in Brazil, Eni Orlandi, takes as material of analysis, the files of the 14 National Conferences of Health (CNSs), which occurred in the country, since 1941, up to 2011, and are available on the internet, for the public in general, besides a Textbook of the User, that circulated around the Regional Hospital of Cáceres *Dr. Antonio Fontes*, by the time of its inauguration, in 2001. The question that is on the base of all our research is in which way the public policies of health institute, by the formulation and circulation of the saying, the subject-user of SUS. The imbrication between Health and Linguistics is an operation present in the analyses made, because the conditions of production of the ways of doing health in Brazil operate in agreement with the ways on which the target-subjects of the health have been discoursed by the State, along the history of the country. Thus, those target-subjects of the health, currently called users of SUS, are those who do not know, the ignorant ones, the uninformed ones, the voiceless ones, the presence-absent in the deliberations of the public policies of health. The operation of those sayings is anchored on the pedagogic discourse and, consequently, on the authoritarian discourse (Orlandi, 1996), guaranteeing, thus, the propagation of a way of doing health, for the everyday use of didactic-pedagogic instruments, which aim the inculcation and the maxim pulverization of information for the largest number of people. The State utilizes, for that, text books, folders, guides, pamphlets, questionnaires and other educational strategies, that make information *about* health to circulate, for a target-subject who knows nothing, and who, due to an evidence effect, also puts in operation a sense for sickness, that is sustained, so, by ignorance. Another discursive operation, that the analyses of this composition allowed us to give visibility, concerns the hierarchized relationships present in the public policies of the country, because there are only those few ones - governmental authorities and health technicians – who decide, who determine the ways of doing health about many lives of Brazilians. That operation is anchored on the religious discourse that also, by its authoritarian character, determines a unilateral and imposing relationship of those who detain the power/knowledge about the health of users of SUS.

KEYWORDS: User of SUS, Analysis of Discourse, National Conferences of Health.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

SUS – Sistema Único de Saúde

MS – Ministério da Saúde.

PNHAH – Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar.

UNEMAT – Universidade do Estado de Mato Grosso.

AD – Análise de Discurso.

FD – Formação Discursiva.

CNSs – Conferências Nacionais de Saúde.

CTs – Conferências Temáticas.

IAPs – Institutos de Aposentadoria e Pensão.

SIATE – Serviço Integrado de Atendimento ao Trauma e Emergência

CFM – Conselho Federal de Medicina.

PROCON – Procuradoria de Proteção e Defesa do Consumidor

ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar.

DF – Distrito Federal.

PT – Partido dos Trabalhadores.

PMDB – Partido do Movimento Democrático Brasileiro.

MT – Mato Grosso.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	12
I . NOS MEANDROS DA ANÁLISE DE DISCURSO	18
II. A INSTITUIÇÃO DA POSIÇÃO SUJEITO-USUÁRIO DO SUS PELAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE	30
2.1. Entre as primeiras e as últimas conferências: sentidos moventes e sentidos recorrentes	30
2.2. As condições de produção e os efeitos de sentido de saúde pública no Brasil	32
2.2.1. Das primeiras Conferências Nacionais de Saúde	32
2.2.2. As Conferências Nacionais de Saúde da época do regime militar	45
2.2.3. As Conferências Nacionais de Saúde nos governos de transição e democráticos	57
2.2.4. As Conferências Nacionais de Saúde no governo atual	71
III. DO GLOBAL PARA O LOCAL: A MANUTENÇÃO DO CARÁTER PEDAGÓGICO NAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE	78
CONSIDERAÇÕES FINAIS	94
REFERÊNCIAS	99

INTRODUÇÃO

Desde a conclusão do curso de Psicologia, em 1995, exercemos a profissão em consultório particular, através de atendimentos psicoterápicos individuais. Fazíamos saúde como aprendemos na faculdade, na década de 90. Avaliamos que vimos de uma geração de psicólogos da elite, que surgiu para atender às demandas de uma sociedade capitalista, que depositava na Psicologia o sucesso da aprendizagem de seus filhos – a melhor e maior produção para suas empresas. Ou seja, uma ciência que, com seus instrumentos, possibilitaria que o homem certo estivesse no lugar certo, na hora certa. Este tipo de atendimento individualizante, desconsiderando outros aspectos humanos – como, por exemplo, os sociais, os culturais, os linguísticos, os econômicos, os históricos – colocavam-nos de costas para a vida que pulsava lá fora, cindindo a prática do consultório com a realidade desses sujeitos.

No ano de 2000, teve início a nossa inserção na saúde pública, através de uma rotina de estudos para obter êxito no concurso público da Secretaria de Saúde do Estado de Mato Grosso. A cada novo conhecimento, novas mudanças se faziam. A nossa inserção definitiva no nosso Sistema Único de Saúde (SUS) ocorreu em meados de 2001, com a aprovação no concurso e entrada no Hospital Regional de Cáceres *Dr. Antonio Fontes*.

Ao iniciarmos nosso trabalho em uma instituição pública de saúde, mais especificamente nessa Unidade Hospitalar localizada no interior do Estado de Mato Grosso, imediatamente começou a se instalar em nós, um compromisso profissional de bem *fazer saúde*. Esse desejo surgiu devido à oportunidade de termos convivido com diversos profissionais, que há tempos militavam pela saúde pública brasileira, pessoas que participaram em outro momento histórico do país, de lutas e mobilizações sociais para tornar a saúde um serviço universal e igualitário para os brasileiros.

Mobilizados, então, por esse desejo, e com o desenvolvimento do nosso trabalho diário, fomos nos sentindo incomodados com o modo como o sujeito alvo de nossa prática – o usuário do SUS – vinha, efetivamente, vivenciando as ações e serviços, gerados a partir das políticas públicas de saúde, que são continuamente (re)elaboradas pelas três esferas administrativas dos órgãos governamentais do país.

Nesse cenário, o que se via é, de um lado, as instituições – o Estado e suas políticas públicas de saúde – formulando dizeres que enaltecem o sujeito usuário do

SUS, produzindo sentidos, por um efeito de evidência, de que ele é a “peça fundamental” desse sistema, e paradoxalmente, do outro lado, práticas cristalizadas e institucionalizadas que conformam esse sujeito-usuário em uma posição incipiente e resignada, dentro (fora) do sistema de saúde brasileiro.

Fomos, logo de início, sendo capturados pelas prerrogativas que se colocavam como bandeiras para o SUS: de ser 100% público e de qualidade. Assim, chamava-nos atenção a valorização dada à ampla participação coletiva na implantação e implementação do direito à saúde dos brasileiros, um efeito de evidência, resultado da eficácia da ideologia. Nessa direção, éramos capturados não somente pelo aspecto democrático do sistema público de saúde, mas, especialmente, pela discursivização que ocorria em torno da importância do sujeito-usuário do SUS, ao ser colocado como foco norteador das ações, como referência para o desenvolvimento de qualquer atendimento nessa área, enfim, como sujeito-alvo da saúde, embora tenhamos percebido, posteriormente, que se tratava de uma posição discursiva, imposta e assumida pelo sujeito usuário do SUS.

Podemos dar visibilidade ao funcionamento que tem essa *posição discursiva* ao lembrarmos que, para a Análise de Discurso, o sujeito não se define pela sua posição empírica na sociedade em que vive, mas sim, como uma posição-sujeito, construída ideologicamente. “A ideologia [...] ‘recruta’ sujeitos entre os indivíduos [...] ou ‘transforma’ os indivíduos em sujeitos [...] por esta operação muito precisa a chamei de interpelação.” (ALTHUSSER, 1985, p. 146).

Sendo assim, a interpelação é que constitui o sujeito, e, do mesmo modo que os sentidos não são únicos, o sujeito, visto como posição, também pode mudar, dependendo do “lugar” que este ocupa no dizer. Assim, não é o sujeito empírico usuário do SUS que neste trabalho nos interessa, mas sim sua posição discursiva, significada pelas formações imaginárias presentes no jogo do dizer. Ou seja, nos interessa, a imagem que se têm/se cria desse usuário do SUS, em uma sociedade determinada, tomada na história. Muitas vezes, essa posição não corresponde ao usuário do SUS empírico ou a uma situação empírica, mas a uma imagem discursivamente significada, na qual, para isso, importa fundamentalmente, o confronto entre o simbólico (linguagem) e o político (poder), além da ideologia, enquanto imaginário.

Retomando o nosso trajeto pela saúde pública, ainda em 2001, o Ministério da Saúde (MS) lançou o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar

(PNHAH), sendo um dos pontos importantes a criação, nos hospitais, de espaços coletivos organizados, participativos e democráticos, que possibilitassem a circulação da palavra e fomentassem a participação na gestão e na busca da autonomia para os sujeitos ali envolvidos (BRASIL, 2001).

Novamente, o papel do usuário do SUS era fundamental, pois se pretendia, com a implementação dessa política de humanização da assistência, dar voz ao cidadão. O usuário do SUS, sujeito-alvo da saúde pública brasileira, parecia poder, ele mesmo, trilhar o seu próprio caminho para o bem-estar, fazer escolhas sobre os procedimentos a que seria submetido, dentro de uma Unidade de Saúde no país, optando, inclusive, pelo não atendimento, se assim achasse conveniente.

A partir desse momento, como profissional da saúde, passamos a vivenciar as dificuldades políticas, presentes nas relações de poder que constituem qualquer instituição. Tratava-se do hospital exercendo o seu lugar de poder, tentando controlar as palavras (sentidos), submetendo todos aos “seus sentidos”. O hospital funciona, então, como o detentor das decisões, dos comandos, dos direcionamentos, tomando posse, administrando aquilo que parecia “solto”, direcionando os múltiplos saberes ali presentes para uma única, soberana e absoluta forma de saber – a médica. Nesse movimento, apagavam-se as orientações que motivaram a criação do SUS, sendo negligenciado o próprio usuário e, entre outros aspectos, os conhecimentos populares de fazer saúde que ele detinha.

O descompasso entre as políticas de saúde e as práticas hospitalares, ou seja, a contradição entre o pensar e o fazer saúde no hospital, inquietaram-nos de tal modo que acabamos buscando o Mestrado em Linguística, da Universidade do Estado de Mato Grosso (UNEMAT), visando a compreender as discursividades que permeiam esse espaço discursivo. Nessa imbricação da Saúde com a Linguística, deparamo-nos com a Análise de Discurso (AD), que veio efetuando um “descortinamento” do/no nosso olhar, fazendo-nos perceber a sutileza e os percalços existentes no caminho entre a palavra, o sentido, e as coisas no mundo.

Nessa linha, ao pensarmos sobre o atual sistema público de saúde no Brasil – o SUS –, inevitavelmente, nos remetemos, também, às políticas públicas que norteiam as ações nessa área. Isso, porque são as decisões governamentais que possibilitam o embasamento necessário às ações e serviços, que *a posteriori* estarão disponíveis, aos sujeitos-usuários do SUS, nas unidades de saúde espalhadas pelo país.

Essa constatação serviu como ancoragem para o surgimento da pergunta que se encontra na base de todo esse trabalho: de que modo as políticas públicas de saúde no país instituem o sujeito-usuário do SUS? Quais sentidos *sobre* esse sujeito, as políticas colocam em funcionamento e fazem circular nas suas constantes (re)formulações? De que modo esses sentidos podem interferir nos atendimentos dos serviços públicos de saúde?

Sendo assim, quando demos início às leituras para a seleção de materiais que poderiam vir a constituir o *corpus* dessa pesquisa, os textos das Conferências Nacionais de Saúde se destacaram, dentre outros, por presumir dizeres de participação dos sujeitos da saúde. Isso, porque as Conferências representam, na atualidade, um espaço para a participação social. Esse gesto de leitura/interpretação do material, por parte do analista, não ocorreu no vazio, não ocorreu por acaso, ele foi regido, direcionado, administrado por relações que se estabeleceram na ordem da constituição do dizer, do interdiscurso, da memória discursiva, pois “[...] todo o discurso é parte de um processo discursivo mais amplo [...]” (ORLANDI, 2007a, p. 64).

O recorte do material de análise, para esse trabalho, foi um procedimento que ocorreu após o delineamento daquelas questões, acima apresentadas. Em um primeiro momento, balizada pelo nosso desconforto diante do que chamamos de pouco “espaço” para o sujeito-usuário no fazer saúde da instituição, aproximamo-nos dos documentos disponíveis na internet, das Conferências Nacionais de Saúde realizadas no país, desde a primeira, em 1941, à última, em 2011, e começamos a trabalhar. Adotamos ainda como material de análise, textos legislativos pertinentes à saúde, panfletos, cartilhas, folders e almanaques de farmácias, da década de 30. Todos esses materiais instituem e fazem circular um imaginário *sobre* o sujeito-usuário do SUS.

Para proceder à análise, filiamo-nos à Análise de Discurso de linha materialista, que tem como precursor, na França, Michel Pêcheux e, no Brasil, Eni Orlandi. Esta teoria, ao constituir-se, produziu um deslocamento nos conceitos apresentados pelas Ciências Sociais e pela Linguística, por não considerar a língua como fechada nela mesma e nem a história e a sociedade como independentes dos seus processos de significação. Têm-se, então, com a Análise de Discurso, uma teoria de

entremeio¹, pois ao trabalhar na confluência da Linguística, da Psicanálise e do Marxismo², constitui um novo objeto de conhecimento sócio-histórico, o discurso.

Para a realização de um trabalho em Análise de Discurso, parte-se do texto, ou seja, da língua em funcionamento. No caso específico deste estudo, utilizamos documentos de arquivo. Sendo assim, arquivo aqui é compreendido em seu sentido amplo, como diz Pêcheux (2010, p. 51), como um “[...] campo de documentos pertinentes e disponíveis sobre uma questão”. A construção do arquivo, o modo de se ter acesso a esses documentos, se dá por gestos de interpretação. Esses modos de ler o arquivo são organizados pelos *aparelhos de poder*³ das sociedades, que acabam por gerenciar, também, a memória coletiva.

Os documentos das Conferências Nacionais de Saúde estão disponíveis para o público em geral, no site do Ministério da Saúde⁴. Lá, eles possuem uma identificação dada institucionalmente, ou seja, estão separados por datas, possuem cabeçalhos com títulos que os identificam e os vinculam a determinados setores/órgãos do Estado, estão, portanto, dispostos cronologicamente levando em consideração o dia de realização do evento, etc. Para o analista de discurso essa maneira de ler esses arquivos não é suficiente, pois os documentos não são simples “reservatórios” de ideias, mas monumentos que possibilitam diferentes e inúmeros modos de leitura.

[...] O arquivo nunca é dado *a priori*, e em uma primeira leitura, seu funcionamento é opaco. [...] não é o reflexo passivo de uma realidade institucional, ele é, dentro de sua materialidade e diversidade, ordenado por sua abrangência social. O arquivo não é um simples documento no qual se encontram referências; ele permite uma leitura que traz à tona dispositivos e configurações significantes. (GUILHAUMOU & MALDIDIER, 2010, p. 162)

¹Entremeio significa, sobretudo, não pensar relações hierarquizadas, ou instrumentalizadas, ou aplicações. Trata-se da transversalidade de disciplinas pensadas, como M. Pêcheux (1969), *empréstimos que se usam como metáforas*, o nosso contexto científico. Nem sobre-determinação, nem instrumentalização, nem aplicação (ORLANDI, 2011, p. 11).

² Ao estabelecer relação com esses campos teóricos, a Análise de Discurso interroga a Linguística pela historicidade que ela negligencia, pergunta pelo simbólico que o Materialismo não considera e quanto à Psicanálise, vê a ideologia como materialmente ligada ao inconsciente. (ORLANDI, 2007a).

³ Aparentes de poder compreendidos como os Aparentes de Estado, propostos por Althusser (1985), sendo tanto os repressivos (o governo, a polícia, as prisões, os tribunais, a administração) como os ideológicos (a escola, a família, a igreja, os sindicatos). Retomaremos essa noção no capítulo 2 deste trabalho.

⁴http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/area.cfm?id_area=1041, documentos referentes às treze primeiras Conferências; <http://conselho.saude.gov.br/14cns/index.html> documentos referentes à 14ª Conferência.

É em busca dessa “outra” leitura, possibilitada pelo dispositivo teórico da Análise de Discurso, que tomamos os textos das Conferências Nacionais de Saúde. Assim, ao voltarmos nosso olhar para esses documentos, interessou-nos as ocorrências enunciativas relacionadas às designações do sujeito da saúde. Esse constituiu, podemos dizer, o “nosso olhar” para o objeto de análise.

O homem, ao se relacionar com o simbólico, estabelece – mesmo sem perceber – um trabalho com a significação, com os gestos de interpretação. Balizados por esse gesto, trabalhamos com as Leis, Decretos, Formulários, Discursos de autoridades políticas, Relatórios Finais e Anais do Evento, ou seja, os textos constituintes desses documentos de arquivo das Conferências Nacionais de Saúde, além de outros textos, que já citamos anteriormente, que funcionaram como material de análise para o nosso trabalho.

A Análise de Discurso possibilitou a aproximação das nossas inquietações como profissional da saúde com os modos como as políticas públicas materializam e instituem, através da língua, o sujeito-usuário do SUS. Daí, então, a razão que nos move para as questões já apresentadas: de que modo as instituições de saúde, e com ela toda a política que a sustenta, concebe o sujeito-usuário? Como essas instituições constituem, com seu dizer, o sujeito que se encontra na “ponta” de todo aparato legal da saúde brasileira? Ou ainda, dito de outro modo, qual é o estatuto do sujeito-usuário, a sua relevância e, conseqüentemente, como se dá os modos de concebê-lo nas/pelas políticas públicas de saúde no Brasil?

Para tanto, neste trabalho, apresentaremos inicialmente no Capítulo I, as bases teóricas nas quais se fundamenta a nossa análise, em seguida, no Capítulo II, traremos os recortes retirados dos textos das Conferências Nacionais de Saúde, para então, no Capítulo III, darmos visibilidade aos modos pelos quais os dizeres nacionais instituem, em nível estadual/local, os sentidos para os sujeitos-usuários do SUS.

I. NOS MEANDROS DA ANÁLISE DE DISCURSO

Ao nos aproximarmos da Análise de Discurso, duas constatações puderam ser colocadas para a questão que apresentamos anteriormente e que se constitui como o eixo norteador de todo o nosso trabalho: a de que a língua produz sentidos e a de que os discursos que instituem o sujeito-usuário é sempre um discurso *sobre*.

Segundo Orlandi (1990), os *discursos sobre* são maneiras de institucionalizar os sentidos, assim, organiza-se as diferentes vozes dos *discursos de*. Desse modo, o *discurso sobre* organiza, disciplina e, conseqüentemente, reduz a memória.

Nas análises, que neste trabalho empreendemos, pudemos observar que ao afirmamos que o sujeito-usuário é instituído por um discurso *sobre*, o que colocamos em funcionamento é o fato de que essa instituição vem se sustentando em dizeres *sobre* o usuário e não em dizeres *do* usuário. Assim, ao nos debruçarmos sobre nosso material de análise, constatamos que, ao longo da história do país, o sujeito alvo da saúde – o agora usuário do SUS – não teve espaço para a emergência do *seu* dizer, desse modo, o que vimos foi o surgimento de dizeres *sobre* o sujeito alvo da saúde, tanto pelo Estado quanto pelos seus representantes, investidos da função/poder que lhes é outorgada. Esse funcionamento, na saída, toma esse sujeito como algo que deve ser dito e pensado pelo outro, no caso em questão, pelas instituições de saúde brasileiras, através dos seus diferentes modos de elaborar e fazer circular o dizer.

A primeira constatação, a de que a língua produz sentidos, toma, pelo viés teórico da Análise de Discurso com seus princípios e procedimentos, a língua não apenas no seu caráter formal, classificador, gramatical, mas a vê no seu traço fundacional de constituidora dos sujeitos e dos sentidos. É nessa relação incerta entre sujeito e sentido, afetados pela história e pela ideologia, que se dá o discurso, enquanto ritual de funcionamento da palavra.

É no/pelo discurso, que o mundo é apreendido, trabalhado pela linguagem, e cabe, então, ao analista de discurso procurar compreender essa construção discursiva, empreendendo uma busca pelo papel fundante da ideologia: “A ideologia é, pois, constitutiva da relação do mundo com a linguagem, ou melhor, ela é condição para essa relação. Não há relação termo-a-termo entre as coisas e a linguagem.” (ORLANDI, 1994, p. 56).

Nessa direção, a Análise de Discurso desloca-se do modo como o conceito de ideologia é assumido pelas Ciências Sociais:

A ideologia não se define como o conjunto de representações, nem muito menos como ocultação da realidade. Ela é uma prática significativa. Necessidade da interpretação, a ideologia não é consciente: ela é efeito da relação do sujeito com a língua e com a história em sua relação necessária, para que se signifique. (ORLANDI, 2007b, p. 48).

Nessa direção, o discurso permite, enquanto lugar onde se dá a relação entre a língua enquanto sistema e a ideologia, pelo seu curso, movimento, tanto a permanência quanto a transformação do homem e da realidade em que ele vive. Sendo assim, o discurso é, enquanto objeto sócio-histórico, mediação entre o homem e a realidade natural e social. A língua é condição, é possibilidade para a emergência do discurso. Assim, no processo analítico, voltamos o nosso olhar sempre para o *texto*⁵, que é o “[...] lugar de jogo de sentidos, de trabalho da linguagem, de funcionamento da discursividade.” (idem, p. 61).

Nesse sentido, ao vislumbrarmos diferentes textos da saúde que instituem sentidos para o sujeito-usuário do SUS, deparamo-nos com vários documentos que apontam, enquanto norteadores da política de atenção à saúde (BRASIL, 2000, 2001, 2004, 2006), para sentidos que, pelo *efeito de evidência*⁶, afirmam uma maior valorização da autonomia e do protagonismo dos sujeitos, da corresponsabilidade entre eles, do estabelecimento de vínculos solidários, da construção de redes de cooperação e da participação coletiva no processo de gestão.

Os documentos oficiais que tratam da Política de Humanização da Assistência em Saúde apontam para esse funcionamento democrático e de valorização da participação de todos:

[...] a Humanização supõe troca de saberes (incluindo os dos pacientes e familiares), diálogo entre os profissionais e modos de trabalhar em equipe. E aqui vale ressaltar que não estamos nos referindo a um con-

⁵ A natureza material do *texto* é diversa, podendo ser oral ou escrita, uma escultura, uma pintura, um quadro, etc. Para Orlandi (2007a), texto é texto porque significa, porque representa uma unidade significativa em relação à *situação*. Sendo assim, o texto só é analisável porque levamos em consideração a situação.

⁶ Para a Análise de Discurso, o *efeito de evidência* do sentido é produzido pela ideologia, que interpela o indivíduo em sujeito e instala a ilusão de que ele é a origem do que diz. Esse processo de evidência faz o sujeito pensar que o sentido é literal, natural, único, quando na verdade ele pode ser outro.

junto de pessoas reunidas eventualmente para “resolver” um problema, mas à produção de uma grupalidade que sustente construções coletivas, que suponha mudança pelos encontros entre seus componentes.

Levar em conta as necessidades sociais, os desejos e os interesses dos diferentes atores envolvidos no campo da saúde constitui a política em ações materiais e concretas. Tais ações políticas têm a capacidade de transformar e garantir direitos, constituir novos sentidos, colocando-se, assim, a importância e o desafio de se estar, constantemente, construindo e ampliando os espaços da troca, para que possamos caminhar na direção do SUS que queremos.

[...] Podemos dizer que a Rede de Humanização em Saúde é uma rede de construção permanente e solidária de laços de cidadania. Trata-se, portanto, de olhar cada sujeito em sua especificidade, sua história de vida, mas também de olhá-lo como sujeito de um coletivo, sujeito da história de muitas vidas. (BRASIL, 2004a, p. 08 - 09)

No entanto, na história do país⁷, e é o que nos aponta a análise do material eleito para essa pesquisa, os serviços de saúde sempre tiveram e ainda têm um vínculo frágil com os usuários que atende. Assim, as ações em saúde, sempre pautadas por um caráter técnico, objetivo e burocrático, são repassadas aos usuários de forma “engessada”, através de protocolos rígidos, não sobrando espaço para o diálogo, para a escuta. Ou seja, trata-se de modos de instalação e de institucionalização do sujeito-usuário nas práticas de saúde do país, a partir de uma memória histórico-ideológica, marcada pelo discurso *sobre*.

Da nossa experiência com o trabalho em saúde, pudemos perceber que a participação do sujeito-alvo da saúde é pouca ou nenhuma, em especial nos planejamentos, nas decisões, na avaliação dos serviços e na assistência prestada pelas unidades de atendimento, sejam elas públicas ou privadas. Assim, os modos de construção sócio-histórica dos sujeitos e dos sentidos em saúde colocavam, de um lado, o sujeito-usuário com suas necessidades e mazelas e, de outro, o sistema, a instituição saúde, falando, escrevendo, ditando sentidos que conformam esse sujeito e os modos de sua instalação como usuário.

Esses funcionamentos, que serão tornados visíveis pelo dispositivo de análise, parecem indicar que, se de um lado a legislação determina como eixos norteadores a valorização da participação do usuário nos rumos da sua própria saúde, propagando que é ele quem sabe o que realmente lhe é relevante e necessário, por outro, os efeitos de

⁷ Essa questão será retomada no momento em que passarmos à análise dos recortes.

sentido que esses dizeres instalam são os de uma interdição absoluta de sua voz e de seus desejos, pois o sujeito-usuário se constitui pelo dizer do outro.

Mas, afinal quem é e como se constitui o *sujeito-usuário*, a quem nos referimos nesse trabalho?

O sujeito-usuário é todo o cidadão que tem direito ao ingresso nos sistemas de saúde do país – público ou privado –, conforme preconiza a Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde (BRASIL, 2007). Da mesma maneira, por modos de *ingresso* desse cidadão entende-se o acesso igualitário, sem qualquer tipo de discriminação, com prestação de serviços de saúde eficientes, organizados e com qualidade, pois, conforme determina a Constituição Federal (1988, Seção II, Art. 196, p. 33):

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 e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. (grifo nosso)

Em atendimento ao que se dispõe na Constituição Federal, a implantação da Lei Orgânica da Saúde, de nº 8.080/90, assegura ao usuário a condição de cidadão, estabelecendo-lhe direitos, e exigindo do Estado e de outras pessoas (inclusive do próprio usuário), o cumprimento de deveres:

Art. 2º. A saúde é um **direito** fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício. [...]
§ 2º. O **dever do Estado** não exclui o **das pessoas, da família, das empresas e da sociedade**. (BRASIL, 1990a) (grifos nossos).

Vejamos, então, que o termo **saúde**, usado tanto na Constituição Federal quanto na Lei 8.080/90, trata-se de um emprego equívoco que faz apenas transparecer a evidência do Direito, pois é tomado, em ambas as formulações, como sendo direito de todos e fundamental do ser humano.

Dito de outro modo, o que se instala com a Lei 8.080/90 é o direito individual à saúde e o dever do Estado e de todos para que se efetive a saúde para cada um. Contudo, ao balizarmos o material de análise, pelos princípios da Análise de Discurso, compreendemos que os efeitos de sentido que esses dizeres produzem *sobre* o usuário e *sobre* sua participação nas políticas públicas de saúde no Brasil, foram e são construídos com base em processos sócio-históricos, o que, por si só, já coloca em circulação

funcionamentos ideológicos que afirmam direitos e deveres como sendo circunscritos às formas como os próprios documentos da saúde constroem esse sujeito-usuário.

Os modos de constituição do que é da ordem do institucional funcionam, desde a sua instalação, em oposição ao que é da ordem do público/popular. Trata-se de modos de funcionamento que instalam, no Brasil, as instituições de saúde, de um lado, e, de outro, os usuários da saúde. Assim, são posições que se constituem e se marcam por uma oposição de uma pela outra, de modo que, pela contradição constitutiva dessa oposição, uma reclama necessariamente pela outra.

Trazemos, para dar visibilidade a esse funcionamento, recortes de uma cartilha que circulou no Hospital Regional de Cáceres-MT:

Nós do Hospital Regional Dr. Antonio Fontes, reconhecemos que o usuário é a razão de ser **do nosso estabelecimento**, portanto tem direito ao respeito de sua autonomia, de sua dignidade, de sua reputação, de sua liberdade de expressão e religiosa, **assim nos comprometemos** em protegê-lo de qualquer forma de discriminação ou exploração.

Vejamos, então, que pelas marcas do dizer em primeira pessoa do plural – nós; reconhecemos; nosso; comprometemos – se estabelece o lugar da instituição e, de outro lado, pelo dizer *sobre*, se estabelece o lugar do usuário. Nessa direção, não causa estranhamento que o usuário não tenha voz, que seja tratado como objeto, que seja o sujeito de algo para o qual ele não tem participação, uma vez que recebe tudo pronto, que seu saber é negligenciado e suas necessidades e desejos subsumidos pelo saber/poder de quem pensa e fala por ele.

Nesse entendimento, as políticas públicas de saúde têm sempre um movimento de imposição de decisões tomadas de cima para baixo, ou seja, do topo da pirâmide para a sua base. Dito de outro modo, alguns poucos técnicos e autoridades decidem a vida na saúde de muitos, de milhares, de milhões, sem ao menos conhecer, ouvir, ou querer, de fato, saber das necessidades desses usuários.

Apesar de compreendermos os modos de instituição de uma posição e de outra – a dos dirigentes da saúde e a dos seus usuários –, o que nos mobiliza para a presente pesquisa é a compreensão dos modos de instalação do sujeito-usuário do SUS, pois o dizer dos dirigentes produz sempre, pela evidência, efeitos de uma preocupação crônica

para com o sujeito-alvo de suas diretrizes. Senão, vejamos o que afirma o documento do Programa de Humanização da Assistência Hospitalar (BRASIL, 2002b, p.13):

[...] Um hospital pode ser nota dez do ponto de vista tecnológico e, mesmo assim, ser desumano no atendimento. Isso acontece quando ele trata os pacientes como simples objeto de intervenção técnica e considera desnecessário e até perda de tempo ouvir suas angústias, temores e expectativas. Ou quando os pacientes nem sequer são informados sobre o que está sendo feito com eles.

Ao pensarmos nesse mesmo funcionamento e considerando as instituições locais, lembramos que no Hospital Regional de Cáceres, quando de sua inauguração, em 2001, foram fixadas nas paredes de entrada – e lá estão até hoje – placas que registram a Missão, os Valores e a Visão dessa instituição. Assim, ao pensarmos nos sentidos que, pelo efeito de evidência, valorizam o usuário do SUS, chama-nos a atenção o que a instituição formula como sendo sua *Visão*:



No entanto, no que diz respeito aos efeitos de sentido para a assistência em saúde prestada, o fazer junto não é nem ao menos cogitado, porque se pensa que o usuário *não sabe* o que é melhor para ele. Os “saberes” pertencem aos outros, a alguns profissionais. Impera então, a hierarquização de dizeres, de saberes e de poderes, restando ao usuário o silêncio e a interdição dos seus modos culturais de fazer saúde. Esse funcionamento institucional de poderes e de saberes, começa, então, a delinear um

quadro de divisão social do trabalho, estabelecendo quem pode dizer sobre a saúde pública no Brasil. Assim, constituem-se, de um lado, alguns poucos autorizados a dizer/fazer saúde pública e, de outro, muitos outros que, intitulados como sujeitos-alvo, fazem a manutenção de todo o sistema.

Pêcheux (2010) analisa esse funcionamento, através da discussão da questão da leitura. Assim, o autor propõe formas distintas, diferenciadas nos gestos de leituras que constroem o arquivo e geram a memória coletiva. Afirma que este movimento se dá historicamente, entre sujeitos que organizam os arquivos (sustentam, reproduzem, copiam) e aqueles outros, autorizados a produzir uma leitura original. Propõe mesmo uma separação, um divórcio entre o literário e o científico. De um lado, no modo literário, temos aqueles que têm a licença para o dizer e, de outro, no modo científico, ficam os que devem dar sustentação a esse dizer. Instala-se, então, uma divisão social do trabalho de leitura que se inscreve

[...] numa relação de dominação política: a alguns, o direito de produzir leituras originais, logo “interpretações”, constituindo, ao mesmo tempo, atos políticos (sustentando ou afrontando o poder local); a outros, a tarefa subalterna de preparar e de sustentar, pelos gestos anônimos de tratamento “literal” dos documentos, as ditas “interpretações”... (idem, p. 52-53)

Orlandi (2007b) alarga esse conceito de leitura, proposto por Pêcheux, para o de interpretação, fazendo surgir, então, a divisão social da interpretação, pois, segundo a autora, há os sujeitos que têm e aqueles que não têm direito a ela; há os textos que são abertos à deriva, instáveis – os literários – e há aqueles que têm fixidez, estabilidade de sentidos – os científicos. Instala-se a impossibilidade de uma relação direta do sujeito com o sentido. Para a autora, em toda formação social existem formas de controle, de divisão da interpretação, apagamento/silenciamento/repartição dos sentidos, que são historicamente determinados: “[...] o sentido é sempre sentido *para*, e não sentido *em si*” (idem, p. 95).

Uma forma de darmos visibilidade a essa divisão social da leitura/interpretação, no ambiente hospitalar, é pensarmos o prontuário do usuário como espaço de formulações *sobre* o seu quadro clínico, produzido pelos mais diferentes profissionais da saúde. Nesses registros são excessivamente usados jargões, abreviações e termos técnicos, ou seja, expressões que não fazem parte do léxico desse usuário. Esse

funcionamento pode não representar dificuldades entre os diversos profissionais da área, mas interfere na relação usuário-profissional da saúde-instituição.

Entendemos que o prontuário apresenta-se na contemporaneidade, não apenas como um elemento de valor documental, mas também um objeto que deveria intermediar a relação ética entre o profissional de saúde e o usuário. Obedecendo a uma regra disciplinar de registro, no sentido de tornar a clínica hospitalar não apenas um lugar de cura, mas também um espaço relacional rico, de formação e de produção de saber. (MESQUITA, 2008, p. 107).

Todo o gesto de interpretação realizado pelos sujeitos vem carregado pela memória – a constitutiva e a institucionalizada. A memória constitutiva do dizer é o interdiscurso, e a memória institucionalizada é aquela construída pelo viés da divisão social da interpretação, aquela que sofre uma regência, uma disciplinarização e, conseqüentemente, uma redução.

Quando nos deparamos com um texto sobre a saúde no Brasil, tudo aquilo que já foi dito por alguém sobre saúde, em algum lugar, seja em que época for, tem efeito na produção dos sentidos desse texto, pois, para a AD, o sujeito não é dono do seu dizer, as palavras não lhe são próprias, tudo o que dizemos se sustenta em já-ditos que são retomados do interdiscurso (ORLANDI, 2007a).

No entanto, esses sentidos regularizados podem falhar, podem se deslocar, tornarem-se outros. Aqui se abre uma possibilidade para o sujeito se descolar do sentido que vem se reproduzindo, identificando-se com outros sentidos, podendo fazer outra(s) leitura(s). Essa possibilidade se coloca em razão da incompletude da língua, pois o sentido pode ser sempre outro. Assim como a língua, a memória também é sujeita a falhas, a derivas, aos equívocos, uma vez que se constitui pela ordem do simbólico. Para a Análise de Discurso esse espaço é o lugar em que o sujeito “pode dizer”, assim, parafraseando Orlandi (2007a) afirmamos que esse é o lugar onde o usuário pode dizer. Ou ainda, dito de outro modo, “[...] Pela linguagem somos obrigados a nos dizer, a nos identificar. A obrigação de falar é muito forte e só temos o direito de calar quando a palavra nos é recusada”. (LAGAZZI, 1988, p.23).

Para avançarmos nessa proposta de análise, torna-se necessário discutir com nosso leitor algumas noções (princípios) formuladas pela Análise de Discurso, pois, para essa área de conhecimento, o que é princípio é também mobilizado no momento da

análise, ou seja, não há uma dicotomização explícita entre a teoria e a análise propriamente dita.

Esse percurso permite ao leitor, além de situar o referencial teórico ao qual nos filiamos, a compreensão e a visibilidade dos modos como construímos o nosso dispositivo teórico e analítico para a análise do material eleito para este trabalho: o discurso da saúde no Brasil. Nessa direção, ao tomarmos como *corpus* de análise os textos das quatorze Conferências Nacionais de Saúde, realizadas no Brasil desde 1941, pretendemos dar visibilidade aos modos de instituição dos sujeitos, dos sentidos da/na saúde brasileira, através da língua em funcionamento.

Pela Análise de Discurso, compreendemos a língua não somente como código em si, mas como condição básica para a realização do discurso, que é tido não como fala/ocorrência casual, mas como “[...] efeito de sentidos entre locutores” (ORLANDI, 2007a, p. 21). Assim, é sobre esse complexo processo de constituição e de instituição dos sujeitos e dos sentidos, pelo funcionamento da linguagem, que este trabalho se assenta.

Um dos pontos nodais, levantados pela Análise de Discurso, é a proposição de um novo modo de conceber a leitura, ao trazer à luz o entendimento de que o sentido requer interpretação e essa interpretação não depende da intenção ou vontade de um dado sujeito, mas são modos de atravessamentos dos sujeitos pelos sentidos, ao tomar posição diante da memória do dizer.

Para Orlandi (2007a), o *gesto de interpretação*⁸ pressupõe três características fundamentais: o primeiro, já dito anteriormente, é o de que não há sentido sem interpretação; o segundo é o de que a interpretação se dá em dois níveis: o do analista de discurso e o do sujeito da linguagem, e o último, porém não menos importante, é o fato de que, segundo a proposta da Análise de Discurso, não se pode parar na interpretação, mas avançar para a compreensão de *como* um texto funciona, de *como* ele produz sentidos. Nessa direção, Orlandi (2007a, p. 26) faz uma importante distinção entre *interpretar* e *compreender*:

Compreender é saber como um objeto simbólico (enunciado, texto, pintura, música, etc.) produz sentidos. É saber como as

⁸ O *gesto* é aqui compreendido como ato no nível do simbólico, conforme Pêcheux (1990, p. 77). A partir dessa noção, Orlandi (2008, p.25) estendeu o conceito para *gesto de interpretação*, que, sendo dessa mesma natureza, é uma prática discursiva que intervém no mundo, no real do sentido.

interpretações funcionam. Quando se interpreta já se está preso em um sentido. A compreensão procura a explicitação dos processos de significação presentes no texto e permite que se possam “escutar” outros sentidos que ali estão, compreendendo como eles se constituem.

A interpretação estabelece ainda uma relação relevante com a incompletude, pois todo o dizer é “aberto”, assim, ele não tem um início absoluto e um fim definitivo. A incompletude da linguagem é algo com que as ciências, instituídas sob a égide do positivismo, têm dificuldade de lidar. Desse modo, na tentativa de domesticar o objeto de conhecimento, as ciências buscam evitar essa incompletude pela interdisciplinaridade, tentando ilusoriamente “fechar as portas” para a dispersão de sentidos possíveis para o objeto pesquisado. No entanto, para a Análise de Discurso essa dispersão é constitutiva, tanto dos sujeitos quanto da linguagem, e sua domesticação é apenas ilusória, embora seja uma ilusão necessária para os sujeitos e para os sentidos, traduzindo a eficácia do trabalho da ideologia.

Ao nos ancorarmos nos pressupostos teóricos da Análise de Discurso, navegamos por redes de significações constituídas na confluência entre a linguagem e a saúde, visando a dar visibilidade aos sentidos que constituíram essa confluência. Essa história de significação resulta do trabalho da ideologia, constituindo sentidos e sujeitos, tomados como posição. Nessa direção, nosso empreendimento faz um determinado percurso de análise perguntando pelos modos de instituição do sujeito-usuário da saúde no Brasil, uma vez que, como já dissemos, ele é o sujeito-alvo do SUS, mas não é ouvido nas suas necessidades e entendimentos.

Como dizíamos, a ilusão da literalidade, da transparência, da unidade do sentido é resultado do funcionamento da ideologia na história. Mas, esses funcionamentos resultam de esquecimentos, pois o sujeito do discurso constitui-se na ilusão de ser a origem do dizer, ainda que esse dizer se produza de modo literal, transparente, único. Assim, o sujeito acredita que o que ele diz só poderia ser dito desse modo e não de outro, conformando um funcionamento que Pêcheux (1990) denominou de *esquecimento número dois*⁹.

⁹ O *esquecimento número dois*, segundo Pêcheux (1990), é da ordem da enunciação. Sendo assim, essa forma de esquecimento nos faz crer que existe uma relação direta entre o pensamento, a linguagem e as coisas no mundo.

Essa ilusão necessária dos sujeitos e dos sentidos são, como já dissemos, efeitos do trabalho da ideologia, que é a responsável pela “naturalização” dos sentidos. São, pois, os sentidos naturalizados, cristalizados que produzem o efeito de evidência, capturando o leitor pelos sentidos que se impõem à sua leitura. Então, essa necessidade de tutela dos sentidos são já efeitos da ideologia, que eficazmente tenta administrar os sentidos, impondo modos de leitura. Desse modo, a formulação, apoiando-se no já-dito (no interdiscurso), apaga a história e faz crer que o sentido só pode ser aquele e não outro. Assim, na horizontalidade do dizer (no intradiscurso), os sentidos, que vão se instalando pela história, produzem um efeito de evidência, de literalidade do sentido na formulação.

Esse efeito resulta do que Pêcheux (1990) chamou de *esquecimento número um*, ou esquecimento ideológico. Ele é responsável por instalar essa ilusão de que somos a origem do que dizemos. No entanto, os sentidos apenas se representam em nós, pois como dissemos, eles se determinam pelo modo como nos inscrevemos, inconscientemente, na língua e na história.

Os principais deslocamentos nos estudos da linguagem, propostos pela Análise de Discurso ao colocar em cena o discurso, diz respeito, primeiramente, ao próprio entendimento da linguagem, que era compreendida como um mero instrumento de comunicação entre os homens ou como expressão do pensamento. Com o surgimento dos estudos em Análise de Discurso, a linguagem passa a ser vista como ação transformadora, como trabalho simbólico, “[...] como mediação necessária entre o homem e a realidade natural e social” (ORLANDI, 2007a, p. 15).

O outro deslocamento, que a AD institui, diz respeito à concepção de ideologia, como já nos referimos. A Análise de Discurso, portanto, dá visibilidade ao efeito de evidência, de naturalização do sentido, produzido pela ideologia. Esse efeito pode ainda ser compreendido pela evidência do sentido de sujeito, pois esquecemos que não somos já-sujeitos, mas indivíduos chamados à existência, interpelados em sujeitos pela ideologia. Outra evidência é a do sentido das palavras, que se coloca como se a linguagem fosse transparente, como se uma palavra designasse uma coisa – efeito do sentido de literalidade. No entanto, os sentidos são produzidos pelo interdiscurso, pela memória discursiva, o que significa que os sentidos estão em outro lugar, antes e independentemente do sujeito, que, ao dizer, inscreve-se em formações discursivas (FD), nas quais suas palavras se filiam.

A noção de Formações Discursivas (FD) é um conceito indissociável do de interdiscurso, pois “[...] as formações discursivas são diferentes regiões que recortam o interdiscurso e que refletem as diferenças ideológicas, o modo como as posições dos sujeitos, seus lugares sociais aí representados, constituem sentidos diferentes” (idem, p. 20).

Dessa maneira, os sentidos não estão só nas palavras, nos textos, mas na relação que elas estabelecem com a exterioridade, com as condições em que são produzidas, e, sendo assim, os sentidos não dependem das intenções dos sujeitos que formulam. Os efeitos de sentidos são produzidos em condições determinadas e estas, de alguma forma, se fazem presentes no modo como se diz. Ou seja, com o dizer, o sujeito deixa marcas linguísticas em sua formulação – vestígios, pistas –, que podem ser apreendidos pelo analista de discurso. “O sentido é assim uma relação determinada do sujeito – afetado pela língua – com a história.” (ORLANDI, 2007a, p. 47).

Trata-se aqui de uma história não cronológica, ou seja, enquanto processos e condições de produção da linguagem, pois, em Análise de Discurso, a história é considerada na relação da língua com os sujeitos que a falam, em uma dada situação que torna possível um dizer. Sendo assim, a sociedade e a história não são independentes do fato de que elas significam.

No trabalho do analista de discurso, o objetivo não é extrair o sentido do texto, mas compreender como se constituem esses sentidos. Dessa maneira, com a análise, o analista dá visibilidade ao funcionamento da ideologia, expondo o confronto do simbólico com o político. Aqui o sentido de político é fundamento das relações sociais,

[...] contradição de uma normatividade que estabelece (desigualmente) uma divisão do real e a afirmação de pertencimento dos que não estão incluídos. [...] é um conflito entre uma divisão normativa e desigual do real e uma redivisão pela qual os desiguais afirmam seu pertencimento. [...] o político é incontornável porque o homem fala. O homem está sempre a assumir a palavra, por mais que lhe seja negada. (GUIMARÃES, 2005, p. 16)

O indivíduo é interpelado em sujeito pela ideologia, sendo assim basta que ele exista para estar nesse processo de interpelação. Não há como estar fora da ideologia, pois sujeito e sentido não estão no discurso, mas ambos se constituem simultaneamente, através da interpelação ideológica no/pelo discurso.

II. A INSTITUIÇÃO DA POSIÇÃO SUJEITO-USUÁRIO DO SUS PELAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE

2.1 - Entre as primeiras e as últimas Conferências: sentidos moventes e sentidos recorrentes

Como dissemos anteriormente, para darmos visibilidade à posição sujeito-usuário dos SUS, pelas políticas públicas de saúde, pareceu-nos necessário percorrer os aspectos histórico-ideológicos de instalação e circulação dessas discursividades.

As Conferências Nacionais de Saúde (CNSs) foram instituídas, no governo de Getúlio de Vargas, pela Lei nº 378, de 13 de janeiro de 1937. Nessa época, a área da saúde no Brasil era vinculada ao Ministério da Educação e da Saúde, assim a 1ª Conferência Nacional de Saúde ocorreria juntamente com a Conferência Nacional da Educação. Desse modo, sua função era a de informar o governo federal sobre as ações, na área da saúde, desenvolvidas pelos Estados federativos, e de se constituir em um espaço governamental para elaboração de um desenho da situação da saúde no cenário brasileiro.

De acordo com o art. 90, o objetivo da 1ª Conferência era o de:

[...] facilitar ao Governo Federal o conhecimento das actividades concernentes á educação e á saude, realizadas em todo o Paiz, e a oriental-o na execução dos serviços locaes de educação e de saude, bem como na concessão do auxilio e da subvenção federaes. (BRASIL, 1937).

Da primeira Conferência, de 1941, às mais atuais (a última Conferência está em sua 14ª edição), muito se modificou. Mas o passo mais marcante, nesse processo de mudança, foi a instituição de Conferências de saúde em âmbito estadual e municipal, pela Lei nº 8.142/90, como eventos preparatórios para a Conferência Nacional de Saúde. Esse funcionamento confere às Conferências Nacionais um caráter de participação pública, pois a voz do estado/município passou a ser considerada. O primeiro gesto de inclusão ocorreu a partir de 1986, após a 8ª Conferência, quando começou a haver a participação de representantes dos trabalhadores da saúde, de usuários dos serviços, e de organizações da sociedade civil.

Na atualidade, preconiza-se que o objetivo principal das Conferências é o de analisar, nos diversos âmbitos de atenção¹⁰, a situação da saúde no país e estabelecer diretrizes para a sua melhoria. Ou seja, o debate entre diferentes grupos de interesse, existente nas Conferências, tem por finalidade a construção de acordos quanto à prioridade das ações a serem desenvolvidas no atual sistema de saúde, além da indicação de caminhos para atingir esses objetivos.

A Conferência Nacional de Saúde dispõe, nos parágrafos 1º e 5º do artigo primeiro:

§ 1º [...] reunir-se-á a cada quatro anos com a representação dos vários segmentos sociais, para avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde nos níveis correspondentes, convocada pelo Poder Executivo ou, extraordinariamente, por este ou pelo Conselho de Saúde. [...]

§ 5º As Conferências de Saúde e os Conselhos de Saúde terão sua organização e normas de funcionamento definidas em regimento próprio aprovado pelo respectivo Conselho. (BRASIL, 1990b).

Nesse sentido, o Estado brasileiro – visando a efetivar essa participação da sociedade nas Conferências, através da inclusão de vários segmentos sociais, dentre estes a dos usuários da saúde – tem realizado, nos três âmbitos de governo, Conferências Temáticas (CT), com o objetivo de aprofundar debates e assim poder, através de seus órgãos executores, focar e aprimorar as suas ações em áreas específicas da saúde. Nessa direção, já se realizaram CTs sobre vários assuntos: Saúde da Mulher, Saúde Bucal, Saúde Mental, Saúde do Trabalhador, etc., que, funcionando aos moldes das CNs, visam a garantir voz aos diferentes estados da união, obedecendo a regras de proporcionalidade na representação dos usuários, dos trabalhadores da saúde, dos gestores e dos prestadores de serviços.

Desse modo, as Conferências Nacionais de Saúde são um dos principais instrumentos do Estado para o exercício da participação e do controle social na área da

¹⁰ O SUS prevê que as ações e medidas devem ser devidamente distribuídas nos âmbitos de atenção: primário, secundário e terciário. A Atenção Primária (ou Atenção Básica) restringe-se às ações de promoção da saúde e prevenção de doenças ou agravos de doenças pré-existentes, executadas em Postos de Saúde e Unidades Básicas de Saúde. Na Atenção Secundária temos os Ambulatórios Especializados que prestam os cuidados de média complexidade. E a Atenção Terciária fica com o atendimento de alta complexidade (a reabilitação da saúde) ofertado por grandes hospitais gerais, que possuem atendimentos especializados, concentrando tecnologia de maior complexidade e de ponta, servindo de referência para os demais programas, sistemas e serviços.

saúde, razão que nos fez aproximar desses textos, enquanto parte do material simbólico que compõe a nossa análise. Ou seja, com esse material pretendemos voltar o nosso olhar para o modo de se dizer, nessas 14 Conferências, o sujeito-usuário do SUS e o seu caráter participativo/deliberativo nessas conferências.

A participação da comunidade ocorre com o debate entre os diversos representantes dos segmentos sociais¹¹, que buscam a construção de acordos sobre o que deve ser considerado prioritário nas ações de saúde do SUS. Desses acordos se estabelecem as diretrizes para atender as necessidades que foram expressas pela população, nas Conferências.

Como já adiantamos, essa participação teve início da década de 80, pois até esta época, as conferências não tinham um caráter participativo.

2.2 – As condições de produção e os efeitos de sentido de saúde pública no Brasil

2.2.1 – Das primeiras Conferências Nacionais de Saúde (CNSs):

Apesar de a Lei nº 378/1937 prever que as Conferências deveriam ser realizadas a cada dois anos, a 1ª Conferência Nacional de Saúde, ocorreu apenas quatro anos depois da implantação da Lei, em novembro de 1941, ainda no governo Getúlio Vargas. Seu modo de funcionamento se configurava em espaços exclusivamente intergovernamentais, de que participavam autoridades do Ministério da Educação e Saúde e autoridades setoriais dos Estados, do Território do Acre, e do Distrito Federal, ou seja, sem a participação da população.

Nos documentos de sua convocação, constam que os objetivos almejados por essa 1ª Conferência Nacional de Saúde eram:

[...] ocupar-se dos diferentes problemas da saúde e da assistência, mas de modo especial dos seguintes: a) Organização sanitária estadual e municipal; b) ampliação e sistematização das campanhas nacionais contra a lepra e a tuberculose; c) determinação das medidas para desenvolvimento dos serviços básicos de saneamento e d) plano de desenvolvimento da obra nacional de proteção à maternidade, à infância e à adolescência (BRASIL, 1941).

¹¹ Como previsto na lei 8.142/90, deve haver o respeito à composição paritária entre os segmentos sociais que participam das Conferências.

Especificamente nessa Conferência o “painel” da saúde brasileira foi construído através do preenchimento de um questionário, elaborado pelo ministério e enviado previamente aos representantes-participantes. No questionário constavam questões, a serem respondidas pelos Estados da União, referentes à situação da Educação – 94 (noventa e quatro) perguntas relativas à situação educacional e cultural – e da Saúde – 106 (cento e seis) perguntas sobre a situação sanitária e assistencial. Com as respostas advindas desse questionário o governo federal objetivava conformar um “desenho” da situação da saúde e da educação em todo país.

Dadas às condições de produção de se fazer saúde no Brasil, naquele momento, o questionário, como já dissemos, traz questões relativas às duas áreas de confluência. No entanto, para garantir a visibilidade do aspecto que nos interessa nessa pesquisa, apresentamos apenas as perguntas referentes à situação da saúde do povo brasileiro.

QUESTIONÁRIO SOBRE A SITUAÇÃO SANITÁRIA E ASSISTENCIAL DOS ESTADOS

I — ORGANIZAÇÃO GERAL DA ADMINISTRAÇÃO DA SAÚDE

1. De que modo estão agrupados os serviços estaduais de saúde pública e assistência?
2. Qual a organização administrativa das repartições estaduais que superintendem esses serviços?
3. Qual o quadro técnico dessas repartições (categorias, funções, remuneração, horas diárias de trabalho)?
4. Há carreiras especiais para os técnicos dos serviços de saúde? Quais são elas?
5. Como se fazem o ingresso e o acesso nessas carreiras?
6. Que requisitos se exigem para o preenchimento dos cargos de direção?
7. De quantos médicos sanitaristas, diplomados em cursos de saúde pública, dispõem as repartições estaduais de saúde? De quantos engenheiros sanitários? De quantas enfermeiras diplomadas ou não diplomadas?
8. Tem sido realizados cursos especiais para médicos, enfermeiros ou visitadoras sanitárias, técnicos de laboratório, guardas, etc.?
9. Há laboratório central convenientemente equipado para as práticas de microbiologia, sorologia, parasitologia, química e preparo de produtos imunizantes? De quantos técnicos dispõe?
10. Em quantos distritos sanitários está dividido o Estado?
11. Qual a localização das unidades sanitárias estaduais (centros de saúde e postos de higiene) nesses distritos sanitários?
12. Qual a organização das unidades referidas no item anterior?

13. Quanto do orçamento estadual é anualmente empregado nos serviços de saúde pública, inclusive nos hospitais de isolamento e instituições de assistência para o combate à lepra e à tuberculose?
14. Quantos municípios cooperam financeiramente com o Estado para a manutenção dos serviços de saúde pública? Qual a modalidade da cooperação?
15. Quais são os serviços de saúde pública exclusivamente municipais? Qual a sua organização?
16. Quanto do orçamento de cada município é gasto anualmente com os serviços de saúde pública mantidos pela própria municipalidade?

II. PESQUISAS CIENTÍFICAS

17. Que espécies de pesquisa científica tem realizado o Estado sobre o problema da saúde? Quais os serviços encarregados dessa pesquisa? Qual a sua organização técnica e administrativa?

III. MEDICINA PREVENTIVA EM GERAL

18. Quais as doenças transmissíveis de maior incidência no Estado?
19. Na organização dos serviços estaduais de saúde, há uma unidade central de epidemiologia?
20. Existe nos centros de saúde serviço de controle das doenças contagiosas?
21. Realizam-se inquéritos epidemiológicos para todos os casos notificados dessas doenças?
22. Para que doenças se realizam sistematicamente práticas de imunização?
23. São feitos sistematicamente exames de laboratório para confirmação e libertação dos casos?
24. Em que hospitais são isolados os contagiosos? Qual o número de leitos destinados a esse fim, em hospitais gerais e em hospitais especiais?

IV. TUBERCULOSE

25. Qual a organização administrativa do serviço estadual de combate à tuberculose? De quantos tisiologistas dispõe?

26. Quais os serviços mantidos pelo Estado, pelos municípios e instituições privadas para a luta contra a tuberculose? (Fazer menção dos dispensários, abrigos-hospitais, sanatórios e preventórios, precisando, quanto a estes três últimos, os totais respectivos de leitos disponíveis, e, quanto aos abrigos-hospitais e sanatórios, o número total de leitos em relação à média anual de óbitos por tuberculose, no último quinquênio).
27. Tem sido realizados inquéritos para conhecimento da situação, quanto à tuberculose doença e tuberculose infecção? Quais os resultados?
28. Há em funcionamento nos dispensários aparelhos de roentgenfotografia?
29. Faz-se a imunização pelo B. C. G.?

V. LEPROSA

30. Qual a organização administrativa do serviço estadual de combate à lepra? De quantos leprologistas dispõe?
31. Qual o número de leprosos fichados e com residência conhecida?
32. Qual o número de leprosos internados?
33. Qual a percentagem de formas contagiosas da lepra, no conjunto dos casos conhecidos? Quantos estão internados?
34. Está sendo feito o censo da lepra? Por que técnicos?
35. Quais os estabelecimentos de isolamento de leprosos? Quantos leitos tem?
36. Qual o número de leitos ainda necessários, segundo os dados existentes, para isolamento dos casos contagiantes?
37. Quantos dispensários de lepra existem no Estado? Onde estão localizados?
38. Qual o número de comunicantes sob controle?
39. Há preventórios para filhos de leprosos? Qual a sua localização e capacidade?
40. É feito o tratamento de doentes? Em que estabelecimentos?

VI. DOENÇAS VENÉREAS

41. Qual a organização administrativa do serviço estadual de combate às doenças venéreas? De quantos médicos dispõe?

42. Quantos dispensários oficiais ou particulares existem no Estado para a profilaxia das doenças venéreas, especialmente da sífilis?
43. São realizados inquéritos epidemiológicos sobre as fontes de contágio?

VII. MALÁRIA

44. Qual a organização administrativa do serviço estadual de malária? De quantos malariologistas com curso de especialização dispõe?
45. Quantas inspeções e inquéritos já foram realizados?
46. Quais as áreas mais atingidas?
47. Onde ocorreram surtos epidêmicos de malária nos últimos cinco anos?
48. Quantas localidades estão sendo trabalhadas?
49. Quais os métodos adotados na profilaxia da malária?

VIII. OUTRAS ENDEMIAS

50. As unidades sanitárias realizam a luta contra as helmintoses, especialmente contra a necatorose e a esquistosomose?
51. Há serviço contra o tracoma? Qual a sua organização? Qual a estimativa dos tracomatosis no Estado? Quais as regiões mais assoladas?
52. Quais as zonas do Estado onde é encontrada a boubá? Qual a estimativa dos doentes?
53. Quais as zonas do Estado onde são encontradas as leishmanioses? Qual a estimativa dos doentes?

IX. SANEAMENTO

a) Dados gerais

54. Qual o número de prédios existentes na zona urbana de cada cidade do Estado?
55. Qual o número de prédios ligados às redes de abastecimento de água nas zonas urbanas do Estado?
56. Qual o número de prédios ligados às redes de esgotos nas zonas urbanas do Estado?

b) *Abastecimento de água*

57. Qual a proveniência da água do abastecimento: de superfície ou de sub-solo?
58. Qual o volume total *per capita* fornecido por dia?
59. Como se faz o controle da qualidade da água? (Precisar: a) padrões seguidos nos exames de laboratório; b) frequência desses exames; c) onde e por quem são feitos esses exames).
60. Que espécie de tratamento é feito? (Precisar: a) coagulantes, desinfetantes e tipos de filtros empregados; b) como se faz o controle do tratamento).
61. Como é feita a distribuição da água à população? (Precisar quanto às ligações domiciliares: a) se são francas, por penas ou por hidrômetros; b) se há caixas d'água domiciliares).
62. Como são supridos de água os prédios não ligados à rede de abastecimento?

c) *Esgotos.*

63. Qual o sistema de esgotos? (Precisar, quanto às redes, a extensão total das canalizações, excluídos os ramais domiciliares).
64. É feito o lançamento das águas em estado de natureza? (Precisar, com detalhes, se em mar, ou se em rio ou lago, e ainda, nos últimos casos, qual a relação entre o volume total das águas de esgoto e o das águas do coletor na época da estiagem, e qual a distância entre o ponto de lançamento e o primeiro núcleo de população a jusante).
65. Há tratamento? (Indicar o sistema).
66. Como se faz o esgotamento de prédios não ligados à rede? (Precisar o número dos providos de fossas e quais os seus tipos mais comuns).

d) *Administração dos serviços de águas e esgotos.*

67. Os serviços de águas e os de esgotos são executados por uma mesma repartição? São os serviços estaduais, municipais ou particulares?
68. Quais as taxas cobradas pelos serviços de águas e pelos serviços de esgotos?

e) *Lixo.*

69. Qual a quantidade total de lixo? (Indicar o volume em cada localidade por período).

70. Qual o sistema e a frequência da coleta e da remoção de lixo?

71. Que destino tem o lixo de cada cidade?

X. *NUTRIÇÃO*

72. Qual a alimentação comum da população? Que estudos já foram feitos pelo Estado sobre este problema, notadamente sobre o valor nutritivo dos alimentos regionais?
73. Há refeitórios populares para trabalhadores? Qual o número de refeições fornecidas diariamente?
74. Qual o consumo de leite *per capita* no Estado?
75. Como é fornecido o leite à população?
76. Há controle higiênico da produção do leite?

XI. *EDUCAÇÃO SANITÁRIA*

77. Como se faz a educação sanitária das populações? Dispõe o Estado para este fim de uma repartição especial?
78. Que meios de divulgação são utilizados para essa espécie de educação? São utilizados o rádio e o cinema?

XII. *FISCALIZAÇÃO DO EXERCÍCIO DA MEDICINA*

79. Dispõe o Estado de um aparelho especial destinado à fiscalização do exercício das profissões de médico, farmacêutico, dentista, e outras da mesma natureza?
80. Há no Estado gabinetes dentários dirigidos por dentistas não diplomados? Quantos? Onde estão localizados?
81. Quantas farmácias existem no Estado? Quantas se acham sob a gestão de farmacêuticos diplomados?
82. Qual o desenvolvimento da indústria farmacêutica no Estado?
83. Qual o processo de controle das especialidades farmacêuticas, produtos biológicos e outros de aplicação na medicina preventiva e curativa?

XIII. *BIO-ESTATÍSTICA*

84. De quantos municípios do Estado são obtidos com regularidade dados de bio-estatística?
85. Qual o coeficiente médio de natalidade no último quinquênio?

86. Qual o coeficiente médio de mortalidade geral no último quinquênio?
87. Quais no último quinquênio os coeficientes médios específicos de mortalidade por: a) febres tifóide e paratífóides; b) disenterias; c) tuberculose (todas as formas); d) difteria; e) sarampo; f) malária; g) varíola e alastrim; h) câncer; i) doenças do coração?
88. Qual o coeficiente médio de mortalidade infantil no último quinquênio?
89. Qual a percentagem de atestados de óbitos firmados por médico;
90. Qual a percentagem de óbitos devidos a causa desconhecida ou mal definida?
91. Há alguma publicação periódica estadual sobre o movimento bio-estatístico do Estado?

XIV. PROTEÇÃO À MATERNIDADE E À INFÂNCIA

92. Dispõe o Estado de um órgão especial destinado à direção dos serviços de proteção à maternidade e à infância?
93. Quantas maternidades existem no Estado? (Precisar o número das oficiais e das particulares e dar o total de leitos destinados, em cada município, à proteção à maternidade, computados os existentes em hospitais gerais).
94. Quantos hospitais para crianças existem no Estado? (Precisar o total de leitos destinados, em cada município, a crianças doentes, computados os existentes em hospitais gerais).
95. Quantos dispensários de higiene prenatal e infantil, quantos lactários, creches, ambulatórios de pediatria e outras instituições de assistência à maternidade e à infância existem em cada município?

XV. ASSISTÊNCIA

96. Quantos municípios dispõem de instituições de assistência médica? Qual o número total dessas instituições em cada município?
97. Qual o número de médicos por cem mil habitantes?
98. Quantos municípios não têm médico?
99. Quantas casas, quantos hospitais policlínicos públicos e particulares há no Estado? (Precisar o número dos oficiais e privados, bem como o total de leitos, por mil habitantes, em cada município).

100. Quantos ambulatórios gerais existem em cada município?
101. Quantos hospitais e casas de saúde especializadas para doenças nervosas e mentais existem no Estado? (Dar o total de leitos e o seu número, por mil habitantes, em cada município).
102. Qual o número de alienados por dez mil habitantes?
103. Qual a organização administrativa estadual de assistência a pessoas colocadas em situação de miséria (velhos, aleijados, cegos, surdos-mudos, etc.)? (Precisar o número das instituições oficiais e particulares e dos lugares disponíveis para cada grupo).
104. Quanto despende anualmente o Estado com os serviços de assistência que mantém? (Dar a percentagem com relação ao orçamento total do Estado).
105. Quanto despende anualmente o Estado em subvenções aos serviços municipais e particulares de assistência?
106. Quanto despendem os municípios com os serviços de assistência por eles mantidos ou subvencionados? (Dar as percentagens em relação aos orçamentos totais).

Ao considerarmos que a linguagem é constitutiva dos sujeitos e dos sentidos, verificamos que a construção desse desenho, de início, já se colocava como problemática, pois os problemas educacionais, culturais, sanitários e assistenciais do país não poderiam acontecer de forma direta, ou seja, entre o que ocorria em cada local do país e o registro no questionário, pois a relação entre a linguagem e o mundo/coisa não se faz de modo unilateral. Outro motivo de fracasso na constituição dessa imagem da situação nacional da saúde e da educação se devia ao modo de proceder com o questionário, pois ele era respondido apenas pelos representantes-autores das regiões brasileiras. Dito de outro modo, todos os usuários da saúde e da educação eram ditos, interpretados por outras pessoas, assim, o primeiro painel nacional da saúde e da educação já não traduziu as necessidades desses setores, mas fez circular a visão ou os modos como esses setores eram interpretados por alguns sujeitos autorizados a dizê-los.

Dessa maneira, por um trabalho da ideologia¹² que faz funcionar, pelo efeito da ilusão, essa relação como sendo direta, passou a circular um painel nacional, originado da imbricação ilusória mundo/língua, que instituiu um processo de produção de um *imaginário* sobre a saúde e a educação e sobre seus sujeitos-alvos.

Essa constatação nos levou a compreender que se tirarmos a história da palavra, ela vira imagem acústica simplesmente, pois é pela relação com a história que o dizer mostra a eficácia do imaginário. Dessa maneira, os representantes-autores, ao apresentarem suas *versões*¹³ sobre as condições de saúde nos diferentes locais brasileiros, de forma “engessada”, como veremos a seguir, determinam, pelo efeito do imaginário, os modos de constituição das práticas de saúde no país, que silencia o sujeito-alvo, promovendo uma interdição de sua voz, pois se fala por ele, se interpreta o seu dizer.

Essa interdição da voz do sujeito-alvo da saúde pode ser observada no documento de exposição de motivos para a criação dos questionários, apresentados pelo Ministro da Educação e Saúde, Gustavo Capanema ao Presidente da República, Getúlio Vargas.

EXPOSIÇÃO DE MOTIVOS DO MINISTRO DA EDUCAÇÃO E
SAÚDE RELATIVAMENTE AOS QUESTIONÁRIOS FEITOS
AOS GOVERNOS ESTADUAIS

[...] venho pedir à V. Ex. que, por intermédio do Secretário da Presidência da República, sejam expedidas aos governos dos Estados, bem como ao prefeito do Distrito Federal e ao governador do Território do Acre as recomendações seguintes:

I) que façam estudar, com o maior interesse, os questionários que lhes serão remetidos pelo Ministro da Educação e da Saúde sobre os problemas da educação e da saúde, **e que sejam os mesmos devidamente respondidos** antes da instalação das conferências [...] (BRASIL, 1941, p. 16).

É, pois, esse imaginário que, permeando as políticas públicas do país, contribuiu para a instituição de efeitos de sentido para o sujeito-alvo da saúde, pois o governo, ao utilizar-se de um questionário para a coleta de dados e de informações referentes à saúde da população em geral, faz instalar sentidos para essas pessoas. O

¹² A noção de ideologia para a análise de discurso já foi tratada no capítulo I, desse trabalho.

¹³ Tomamos o termo *versão* da forma como o conceitua Orlandi (2008, p 94.): “[...] como o impossível da unidade: a variação, [...], é a base do texto, é a condição da formulação (das formulações).”

questionário, por basear-se nos preceitos da bioestatística¹⁴, cataloga, computa, classifica esses sujeitos, e assim, os institui pelo caráter numérico, como possuidores de uma total indiferenciação. Desse modo, nos primórdios da institucionalização da saúde no Brasil, o sujeito-alvo dela é anônimo, sem rosto, sem identidade, um número, um dado estatístico, uma porcentagem.

Esse funcionamento pode ser visto em perguntas do questionário, relativas, por exemplo, à doença Lepra:

- 31. Qual o número de leprosos fichados e com residência conhecida?
- 32. Qual o número de leprosos internados?
- 33. Qual a percentagem de formas contagiosas da lepra, no conjunto dos casos conhecidos? Quantos estão internados? [...] (BRASIL, 1941, p. 29)

O governo brasileiro ao fazer circular, pelo país, um questionário idêntico para todas as regiões, coloca em funcionamento sentidos de homogeneização acerca do sujeito da saúde. Assim, não se leva em consideração características ou circunstâncias específicas da população de cada região do país, sejam elas de caráter econômico, social, cultural, educacional, assistencial, etc. É nessa direção que a apresentação de um questionário único para as diferentes regiões do país, previamente formulado, “engessado” por perguntas abertas e fechadas, não fornece ao seu interlocutor a possibilidade de expor outras demandas (êxitos, fracassos, entraves, vantagens) que efetivamente poderiam/podem fazer parte da situação de saúde de cada localidade. Ou, dito de outro modo, instala-se um sentido único para os modos de “fazer saúde” no Brasil, não se dando voz para o sujeito usuário do SUS e para outras práticas, que não aquelas, que estão, pelo questionário, regulamentadas, legitimadas.

Vejamos esses funcionamentos em perguntas do questionário, relativas às práticas alimentares (Nutrição) do povo brasileiro:

- 72 – Qual a alimentação comum da população? Que estudos já foram feitos pelo Estado sobre esse problema, notadamente sobre o valor nutritivo dos alimentos regionais?
- 73 – Há refeitórios populares para trabalhadores? Qual o número de refeições fornecidas diariamente?
- 74 – Qual o consumo de leite *per capita* no Estado?

¹⁴ Trata-se de uma área de conhecimento que faz a interface da Estatística aplicada ao campo biológico, médico.

75 – Como é fornecido o leite à população?

76 – Há controle higiênico da produção do leite?[...] (BRASIL, 1941, p. 32).

Há, nas questões relativas à nutrição, e que se colocam como recorrentes em todo o questionário, uma preocupação maior com a quantidade da ingestão de alimentos e menor com a qualidade dos mesmos. Assim, podemos verificar que, pela pergunta de nº 72, o governo, ao caracterizar a **alimentação** da população pelo uso do adjetivo restritivo e uniforme **comum** – cujo significado diz respeito a algo “habitual” –, faz funcionar, pelo efeito de evidência, que o governo interessa-se pela alimentação comum da população brasileira, mas ao colocá-la, ao mesmo tempo, como um **problema** – Que estudos já foram feitos pelo Estado sobre esse problema [...]? – instala sentidos de que essa **alimentação comum** se apresenta como um entrave a ser superado, como algo que demanda ações em busca de resolução, uma vez que é um **problema** que carece de soluções. Esse funcionamento dá visibilidade a um efeito imaginário, que coloca, de antemão, os **alimentos regionais**, sejam eles quais forem, como possuindo algum tipo de deficiência, de déficit que precisa ser corrigido (“[...] notadamente sobre o valor nutritivo dos alimentos regionais?”). Desse modo, os alimentos regionais são, a priori, assumidos como apresentando problemas relativos aos seus valores nutritivos.

Trata-se de um funcionamento interessante, uma vez que mostra que há um discurso sobre o **problema** da alimentação **comum** do povo brasileiro. Seria a carência, a pobreza da população? Talvez não possamos responder a essa questão, mas, em todo o caso, trata-se de uma marca dissonante que merece atenção, merece que busquemos outras formulações que possam ressoar nesta. De todo o modo, o que se coloca como regularidade são as diferenças regionais, que são apagadas e/ou exaltadas em todo o questionário.

A formulação prévia do questionário, aplicado indistintamente aos representantes das regiões brasileiras, produz, como já dissemos, efeitos homogeneizantes. Embora, ainda na questão 72, o emprego da expressão **alimentações regionais** produza, pelo efeito de evidência, marcações distintivas sobre cada região brasileira, o efeito que se coloca em circulação é o de que essa expressão serve apenas como localização geográfica, que marca, não só a posição do sujeito formulador do questionário como aquele que fala de um ideal de saúde, mas também as diferenças regionais brasileiras. Ou seja, o que o sujeito autorizado a questionar os modos

regionais de alimentação do povo brasileiro produz enquanto efeitos de sentido é uma hierarquização de saberes e de poderes entre os que estão autorizados a dizer e os que são ditos. Em outras palavras, são os poucos que estão “no topo” da saúde, que sabem o que é *melhor* e que podem dizer, pelas políticas públicas de saúde (os dirigentes governamentais e os técnicos do setor), aos muitos ignorantes que se encontram “na base” dessa pirâmide hierárquica (o sujeito usuário do SUS), o que é o *bom* conhecimento sobre a saúde, no caso, a alimentação dos brasileiros.

Trata-se, pois, de um funcionamento hierárquico que se mostra recorrente no material que analisamos, marcando, de um lado, quem sabe/pode dizer sobre a saúde do povo e quem deve se assujeitar a esse saber/poder.

Vejamos a materialização desse funcionamento hierárquico no modo como o então Ministro da Educação e Saúde, Gustavo Capanema, apresenta ao Presidente Getúlio Vargas os motivos para a convocação da 1ª Conferência Nacional de Educação e 1ª Conferência Nacional de Saúde:

[...] O considerável desenvolvimento das atividades federais em matéria de educação e saúde, a magnitude dos empreendimentos projetados, a necessidade de que para esses empreendimentos concorram os governos estaduais e municipais, com trabalhos e recursos, tudo está a mostrar a conveniência da imediata convocação das citadas conferências nacionais. (BRASIL, 1941, p. 05).

Apesar de o discurso do Ministro parecer convocar a todos, Governo Federal, Estados e Municípios, para auxiliar com trabalhos e recursos, o efeito que ele produz o coloca no lugar daquele que se apresenta como quem executa, quem empreende – de modo grandioso – as atividades na área da saúde no país, cabendo aos governos estaduais e municipais, tão somente, a concorrência, a colaboração e o fazer, desde que o governo federal se coloque como o modelo desse fazer.

Como já dissemos, na época em que circulou esse questionário, a área da saúde era vinculada à da educação, através do Ministério da *Educação* e da *Saúde*, o que não é trivial, pois as condições de produção desses modos de fazer saúde funcionam, também, de acordo com fatores ligados às relações de forças¹⁵, das relações de sentido¹⁶ e de

¹⁵ Por essa noção, dizemos que o lugar do qual fala o sujeito é constitutivo daquilo que ele diz.

¹⁶ Um discurso se relaciona com outros discursos, ou seja, um discurso aponta para outros que o sustentam e também, para dizeres futuros.

antecipação¹⁷. No modelo de educação bancária, vigente na época em que circulou o questionário, o professor detinha o saber e o poder sobre o aluno, que era considerado passivo, que era um mero receptor dos conhecimentos. Assim, o professor – o douto, o que sabia/podia – transmitia para o aluno – o que não sabia/não podia – os conhecimentos relevantes para a sua formação. Do mesmo modo se procedeu com os questionários, pois as autoridades da saúde, ligadas ao governo federal, decidiram que, para se mapear a saúde no país, era necessário que os representantes estaduais e regionais falassem pelo sujeito-usuário, uma vez que nem falar ele podia.

Mas, essa questão nos remete a outra: O sujeito alvo da saúde queria/podia falar? A considerar o próprio movimento da história, acreditamos que não, pois, nessa época, também se difundia pelo país um ideário higienista, oriundo de um movimento médico-científico que pregava, de um lado, como causa do adoecimento, o abandono vivido pelo homem do campo (o sertanejo), que funcionava como entrave para a extinção da pobreza social e para o desenvolvimento do país, e de outro, depositava na instrução desse homem, a solução para tirá-lo desse quadro de miséria e de doenças.

Nesse momento, vivia-se um grande fervor nacionalista, mas os médicos higienistas, como Miguel Pereira, contrapunham-se à ideia ufanista, que se dedicava a exortar os brasileiros. Podemos ver, então, que o funcionamento pedagógico, anteriormente citado, instala sentidos para o usuário alvo da saúde, quando o deputado mineiro Carlos Peixoto, em um de seus discursos, afirma estar disposto a convocar os sertanejos de seu estado para compor o Exército Brasileiro. No entanto, o médico-sanitarista Miguel Pereira o retruca:

É bem que se organizem milícias, que se armem legiões, que se cerrem fileiras em torno da bandeira, mas melhor seria que se não esquecessem nesse paroxismo do entusiasmo que, fora do Rio ou de S. Paulo, capitais mais ou menos saneadas, e de algumas outras cidades em que a providência superintende a higiene, o Brasil ainda é um vasto hospital. [...] Em chegando a tal extremo de zelo patriótico uma grande decepção acolheria sua generosa e nobre iniciativa. Parte, e parte ponderável, dessa brava gente não se levantaria; inválidos, exangues, esgotados pela ancilostomíase e pela malária; estropiados e arrasados pela moléstia de Chagas; corroídos pela sífilis e pela lepra; [...] Não carregue as cores ao quadro. É isso sem exagero a nossa população do interior. Uma legião de doentes e de imprestáveis (KROPF & LIMA).

¹⁷ Orlandi (2007a, p. 39) define o mecanismo de antecipação como a capacidade que o sujeito tem de “colocar-se no lugar em que seu interlocutor ‘ouve’ suas palavras”, e assim, pode regular a argumentação, dizendo de um modo ou de outro, dependendo do efeito que este pensa produzir naquele que o ouve.

Esse funcionamento – um efeito da hierarquização das relações sociais, através de um saber/poder – instituiu, desse modo, o primeiro gesto de se fazer saúde pública no país, quando os sujeitos-usuários foram considerados, desde o início, desconhecedores de qualquer prática de saúde, de qualquer hábito saudável, de qualquer princípio de higiene, etc. Além disso, foi considerado incapaz de se dizer, carecendo que alguém o fizesse por ele, assim, foi/é dito sem poder dizer, é alvo sem voz, é presença-ausente nas deliberações da saúde brasileira. Ou, dito de outro modo, o que se diz adquire uma escala de “valor” diferente para os significados, dependendo do lugar de onde se diz.

Esse movimento coloca em funcionamento as formações imaginárias¹⁸, que são projeções que um interlocutor faz do outro, construindo posições discursivas, a partir do lugar (empírico) do sujeito. Podemos, com isso, ter várias e diferentes relações de força, dependendo da maneira como a formação social está na história. (ORLANDI, 2007a). Pensando, então, a noção de relações de forças, como constitutiva do sentido para a saúde, interessa-nos aqui, esse vínculo que se estabeleceu historicamente entre a Saúde e a Educação, pois, tudo o que foi/é dito do lugar onde se dá essa imbricação (o Ministério da Educação e Saúde), é constitutivo dos sentidos e dos sujeitos nos modos atuais de se fazer saúde no Brasil. Ou seja, trata-se das condições de produção ou dos modos de se fazer saúde no Brasil, na qual temos, de um lado, os administradores da saúde pública e, de outro, os administrados por ela.

Assim, na atualidade, esse funcionamento de associação entre saúde e educação se faz presente, não mais como política do país, mas como um efeito que se produziu/produz na saúde brasileira. Dessa maneira, percebemos que há – não só na elaboração das políticas públicas de saúde, mas também na prática diária dos profissionais – um trabalho alicerçado em bases educacionais, ou melhor, pautado na perspectiva de que o sujeito-alvo da saúde é aquele que precisa ser ensinado, informado, pois nada sabe, ou não possui conhecimento suficiente para cuidar de seu próprio bem-estar.

Esse funcionamento se torna visível no recorte do texto de referência, usado nas discussões da Mesa nº 23: *Participação cidadã e os direitos dos usuários do SUS: interfaces com a Política Nacional de Humanização*, do 2º Seminário Nacional de

¹⁸ Trataremos essa noção mais detalhadamente ao trabalharmos com a Cartilha do Usuário.

Humanização: *Trocando experiências. Aprimorando o SUS*¹⁹, uma vez que nesse texto a autora apresenta as principais demandas dos profissionais da saúde.

Uma das problemáticas trazidas pelos profissionais foi a de **como educar** o paciente e a família nos direitos e deveres, numa clara noção da importância da participação da sociedade. Reflexões conjuntas transcorreram sobre como o profissional pode fazer isso no dia a dia, numa **pedagogia** do encontro. Por que todo ato sanitário, implica numa dimensão de **educação**, mas é preciso a prática do exemplo cotidiano e a constante reflexão sobre as formas instituídas e autoritárias que insistem em calar a voz do usuário. É fundamental, portanto, que este **trabalho educativo** se estenda aos usuários, visando a sua conscientização sobre a desigualdade e violações de seus direitos, fortalecendo o controle social e a luta contra as iniquidades sociais e o desrespeito aos direitos humanos, ao mesmo tempo em que se repensa o trabalho em saúde e as condições sociais de sua produção. (GOMES, 2009)

Esses modos de funcionar exigem que, na área da saúde, sejam incluídos instrumentos e estratégias pedagógico-educacionais que venham possibilitar a transmissão de um saber legítimo, uma transmissão que se dá daquele que detém o conhecimento para aquele que o ignora, numa relação unilateral. São modos de funcionamento que, segundo Orlandi (2009), se sustentam no discurso pedagógico²⁰.

Esse funcionamento, que teve seu apogeu, no Brasil, na década de 30, foi marcado pela produção dos Almanques de Farmácia²¹, um material que era impresso e editado em larga escala, apresentando uma grande diversidade de assuntos, todos relativos à saúde. O seu alcance nacional – atingindo a milhares de famílias nas mais diferentes regiões do país – despertou o interesse de médicos-sanitaristas, como Belisario Penna, que os utilizou, como um instrumento didático-pedagógico para as questões sanitárias, visto que estas se ligavam/ligam às questões de saúde.

Vejamos uma recomendação do médico-sanitarista que, se valendo do caráter didático dos almanques, fez circular medidas de higiene para evitar o amarelo²²:

¹⁹ Evento realizado em Brasília, no ano de 2009, pelo Ministério da Saúde.

²⁰ Trataremos do discurso pedagógico, de modo mais detalhado, quando formos trabalhar com os efeitos de sentido do sujeito-usuário no âmbito estadual.

²¹ Os Almanques de Farmácia eram publicações distribuídas gratuitamente pelas farmácias brasileiras e tinham como função divulgar informações e difundir produtos cosméticos e farmacêuticos. Para isso, possuíam um formato ágil, com linguagem popular e que buscava o entretenimento como meio de atrair o interesse de todos.

²² **Regras que devem ser decoradas e praticas pôr toda a gente, afim de combater e extinguir o amarelo**

Não defecar nem atirar fezes sobre a terra.

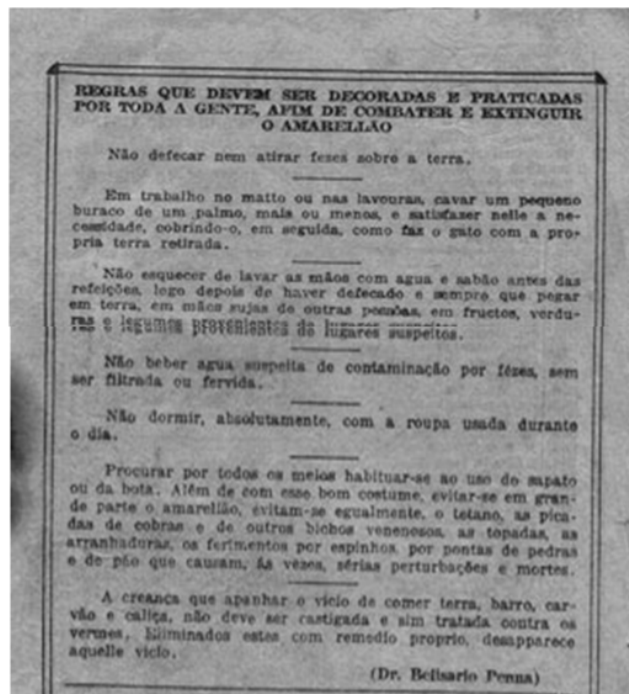


Figura 1: Almanack do Laboratório Nutrotherapico de 1932, p.11.

Em decorrência disso, o que percebemos é que, há tempos, na área da saúde, têm-se elaborado e feito circular pelo país, cartilhas, manuais, guias, folders, e tantos outros artefatos pedagógicos que servem à inculcação de um funcionamento ideológico. Assim, a saúde passa a ser um estado que pode ser alcançado, tão somente, após o sujeito ser educado/informado. Nesse sentido, a saúde trabalha com profissionais que têm o propósito de criar e implantar trabalhos de cunho educacionais em saúde, com o

Em trabalho no matto ou nas lavouras, cavar um pequeno buraco de um palmo, mais ou menos, e satisfazer nelle a necessidade, cobrindo-o em seguida, como faz o gato com a propria terra retirada.

Não esquecer de lavar as mãos com agua e sabão antes das refeições, logo depois de haver defecado e sempre que pegar em terra, em mãos sujas de outras pegadas, em fructo, verduras e legumes provenientes de lugares suspeitos.

Não beber agua suspeita de contaminação pôr fezes, sem ser filtrada ou fervida.

Não dormir, absolutamente com a roupa usada durante o dia.

Procurar pôr todos os meios habituar-se ao uso do sapato ou da bota. Além de com esse bom costume, evitar-se em grande parte o amarellão, evitam igualmente o tetano, as picadas de cobras e de outros bichos venenosos, as topadas, as arranhaduras, os ferimentos pôr espinhos, pôr pontas de pedras e de pao que causam, às vêzes, sérias perturbações e mortes.

A creança que apanhar o vício de comer terra, barro, carvão e caliça, não deve ser castigada e sim tratada contra os vermes. Eliminados estes com remedio proprio, desaparece aquelle vicio.

(Dr. Belisario Penna).

objetivo de “ilusoriamente” homogeneizar o conhecimento para todos, construir um sujeito-alvo da saúde cômico e, portanto, sadio, pois o entendimento do fracasso da saúde do sujeito-usuário se liga necessariamente a sua falta de informação/conhecimento.

O atrelamento entre a Educação, aliada à Pedagogia, e a Saúde produziu efeitos que ainda se verificam na atualidade: os de lidar com a ignorância do sujeito-usuário, que passa a ser vista, pela área da saúde, como uma “deficiência” a ser combatida.

Um exemplo disso pode ser evocado a partir da ideia de que as crianças escolares de comunidades periféricas precisam receber orientações sobre higiene corporal. A educação em saúde realizada nesta perspectiva é feita pensando que aquilo que “o outro” sabe, isto é, sua cultura, é um entrave para o entendimento do que o profissional vai ensinar. Esta concepção profissional passa a valer por meio do argumento da não informação que muitas vezes ocorre na prática clínica, diante de uma doença complexa ou de uma situação de cuidado, na qual o profissional entende que “não adianta” explicar ou orientar o cliente/usuário porque ele não vai entender mesmo. (BOEHS et. al, 2007, p. 311)

Daí a razão do didatismo presente nos folders, nas cartilhas, nos manuais de saúde que ensinam ao sujeito usuário como se portar e se conduzir diante da saúde. Tal qual o aluno “zerado”, “nulo”, “tábula rasa” que chegava à escola e carecia de um professor para trilhá-lo no “caminho do saber”, o material de divulgação, adotado pela saúde produz, para o sujeito-usuário, os mesmos efeitos, pois ele também precisa ser guiado, direcionado, orientado para a melhor saúde.

2.2.2 – As Conferências Nacionais de Saúde da época do regime militar

Antes de trabalharmos, mais especificamente, com as Conferências Nacionais realizadas no regime militar, faz-se necessário apresentar as duas outras, que ocorreram antes da implantação, no Brasil, dessa forma de governo.

A 2ª Conferência Nacional de Saúde foi realizada sob a administração do Ministro Pedro Calmon, no período de 21 de novembro a 12 de dezembro de 1950, no governo Dutra. Não há relatório conhecido da realização dessa 2ª Conferência, no entanto, o documento do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (2009) afirma que essa Conferência teve como tema principal os “*Pontos de vista dominantes entre os*

Sanitaristas”, apresentando e discutindo os problemas sanitários do país e buscando, de modo compartilhado, uma compreensão entre os gestores estaduais e federal. Para tanto, tratou de temas como malária, segurança do trabalho, condições de prestação de assistência médica sanitária e preventiva para trabalhadores e gestantes.

Após treze anos da realização da 2ª Conferência, em julho de 1963, a 3ª Conferência Nacional de Saúde foi convocada pelo presidente João Goulart. Os participantes que integravam os trabalhos dessa Conferência ainda se restringiam aos representantes do governo federal e dos estados e território. Assim, a referida Conferência apresentou, pela primeira vez, uma ampliação dos atores participantes, pois estabeleceu que os dirigentes dos estados poderiam “[...] fazer-se acompanhar de assessores técnicos em todos os trabalhos [...]” (BRASIL, 1963). O tema que nela discutiu-se também “expressava uma nova orientação, direcionada à análise da situação sanitária e à reorganização do sistema de saúde, com propostas de descentralização e de redefinição dos papéis das esferas de governo, além de proposição de um plano nacional de saúde.” (BRASIL, 2009, p. 13).

No governo do regime militar, que se instalou no país em 1964, a área da saúde teve, como característica principal, a completa reversão da tendência descentralizante, que estava tomando corpo no período anterior. No entanto, muito do que se discutiu na 3ª Conferência Nacional de Saúde alimentou as propostas da área da saúde que foram discutidas, na década de setenta, pelos movimentos sociais. Assim, com o início do regime militar, ocorreu uma supressão de possíveis debates políticos no seio da sociedade, e nesse sentido, a centralização tornou-se a principal marca desse regime.

O Golpe de Estado de 1964 representa uma ruptura com o pacto populista inaugurado por Vargas e mantido por Goulart. Dentre as várias consequências que se lhe seguiram, destaca-se de imediato, a **suspensão** das formas constitucionais **de representatividade**, substituídas no exercício do poder pelas Forças Armadas que, pretextando salvar a pátria da corrupção, da desordem, do desmando e do comunismo, elaboraram a doutrina da segurança e do desenvolvimento nacionais. Com tais propósitos, politizou-se a corporação militar que se perpetuou por vinte anos no poder, instaurando o autoritarismo no Brasil. (INDUSKY, 1997, p. 15. Grifos nossos).

O governo, balizado por esse funcionamento centralizador/autoritário, via a saúde como um conceito associado à economia e ao desenvolvimento do Brasil, pois, ao

longo dos debates da 4ª Conferência, nota-se que os dizeres, por um efeito de evidência, demonstravam que a ausência de saúde era fator impeditivo ao crescimento econômico e social. Podemos observar esse funcionamento na palestra intitulada *Educação e treinamento de pessoal para as atividades de saúde*, proferida pelo Dr. Ernâni Braga, então Chefe da Divisão de Educação e Treinamento da OMS.

A OMS reconhece, pois, que o homem é ao mesmo tempo objeto e instrumento do desenvolvimento social e econômico. Sem boa saúde os recursos humanos representam na realidade um pêso morto cuja transformação em fator de progresso requer despesas geralmente muito superiores às possibilidades financeiras de um grande número de países. [...] De fato, a meta saúde é de tal forma fundamental para a sociedade humana, que simplesmente não poderá estar ausente de qualquer programa nacional de desenvolvimento. (BRASIL, 1967)

Ou ainda, na fala do Dr. Raymundo Moniz de Aragão, então Reitor da Universidade Federal do Rio de Janeiro, quando proferiu a palestra *Recursos Humanos para atividade em saúde*:

Mas existem correlações evidentes e perfeitamente identificadas, entre o estado de saúde do indivíduo e a sua capacidade de trabalho, como entre o grau de higidez de uma população e a sua produtividade. Nesses termos, o problema da saúde, desloca-se de imediato, ao plano econômico, afetando a economia individual, comunitária e nacional, e refletindo-se no desenvolvimento do país. (BRASIL, 1967)

Entre 1967 e 1969, período em que se realizou a 4ª Conferência, o ministro da saúde era o médico Leonel Miranda. Ele se definiu, em seu discurso de despedida do Ministério, em 1969, como um profissional de medicina e um administrador, e sendo assim, não mais retornou à vida política. Uma das suas ações foi a implantação do Plano Nacional de Saúde, conhecido como Plano Leonel Miranda, no qual ele propunha a privatização total do setor. Naquela época, conviviam dois sistemas de saúde: um custeado pelo Ministério da Saúde – público e gratuito – e outro, bancado pela Previdência, com a ajuda do setor particular.

Nessa linha, a cobertura previdenciária foi progressivamente sendo ampliada, pois, com a chegada do regime militar, os IAPs²³ que já existiam, foram unificados,

²³ Os IAPs (Institutos de Aposentadoria e Pensões) eram sistemas de assistência médica e previdenciária, subsidiados por diferentes categorias profissionais (bancários, ferroviários, etc.), às quais eram oferecidos diferentes serviços e níveis de cobertura.

tornando os proprietários das empresas privadas (os seus mantenedores) mais influentes nas deliberações da política em saúde no país. Valorizava-se, assim, o atendimento médico-hospitalar individual, colocando em segundo plano as ações coletivas e públicas. Devido a essa configuração, a saúde pública ficou relegada a um segundo plano, havendo uma redução orçamentária drástica para o Ministério da Saúde, forçando, com isso, a quase paralisação dos serviços coletivos, como o controle das doenças endêmicas, a proteção materno-infantil e os programas de vacinação. (CAMPOS & YUNES, 1989 *apud* BRASIL, 2002a).

Dadas essas condições de produção, a 4ª Conferência Nacional de Saúde ocorreu nos dias 30 de agosto a 04 de setembro de 1967, na Fundação Ensino Especializado de Saúde Pública, na cidade do Rio de Janeiro. Esse evento teve pouca participação e debateu o tema *Recursos Humanos para as atividades de Saúde*, focalizando a formação de recursos humanos, as responsabilidades e competências do Ministério da Saúde e das instituições de ensino superior da área, responsáveis pela capacitação desses profissionais.

Para nossa análise recortamos os Anais da Conferência, nos quais constam, inicialmente, textos introdutórios que apresentam o modo de funcionamento do encontro. Na sequência são apresentados 10 (dez) capítulos, sendo o primeiro destinado ao discurso de abertura, proferido pelo ministro da saúde, e por fim, os anexos.

No seu discurso de abertura da Conferência, o ministro da saúde, afirma:

Não me é fácil distinguir, neste momento, que razão me **desvanece** mais por presidir à abertura deste Encontro. Pois este **honroso** encargo não me sensibiliza menos como médico do que como integrante do **Govêrno**. Médico, eu me sinto instalando uma **Junta que vai procurar identificar e desenvolver um meio de tratamento** para um paciente com uma **família composta de milhões de dependentes**. É uma questão de **amor ao próximo** e à profissão. Integrante do Govêrno, eu **espero**, também **ansioso**, que as indicações dêem ao paciente **condições de assumir**, sem mais demora, **o destino que lhe está reservado**. É uma questão de **idealismo** e **amor à Pátria**. (Grifos nossos).

Antes de prosseguirmos com a análise, fazemos um recuo para apresentar o conceito de tipologia do discurso, conforme proposto por Orlandi (2009), pois se trata de uma noção importante para compreendermos o material analisado e o objeto de estudo, o discurso, que, como afirma Pêcheux (1969), se define como sendo efeitos de

sentido entre locutores. Referindo, então, a esse aspecto de interlocução, que se faz presente em todo o dizer, Orlandi (2009) considera o caráter de *reversibilidade* entre esses interlocutores, em uma dada relação enunciativa, como um mecanismo fundamental para a definição da tipologia do discurso. No entanto, essa reversibilidade não é vista de modo fixo, ou como um lugar empírico: o do locutor (quem diz) e o do ouvinte (para quem diz). A reversibilidade, que aqui pensamos, se dá no jogo entre esses polos da relação enunciativa, ou seja, que se estabelece, também, pela definição que um interlocutor tem do outro no espaço da discursividade.

Lembramos também, que um texto não se caracteriza por apenas um tipo de discurso. Assim, o que ocorre é que ele pode ser atravessado por diferentes formações discursivas que podem ser “observadas” pelas marcas, pelos traços que permeiam a textualidade. Assim, o que faz com que o analista de discurso se depare com o funcionamento discursivo são essas marcas, que remetem às propriedades da totalidade do discurso. No caso de um discurso religioso, por exemplo, as propriedades do discurso são da ordem da irreversibilidade (no jogo enunciativo entre o locutor e ouvinte) e da obscuração (do referente e da dissimetria do dizer).

A autora apresenta três tipos de discurso: o lúdico, o polêmico e o autoritário. De modo breve, e levando em consideração o caráter de reversibilidade, vamos expor ao leitor os modos com que os diferentes tipos de discurso, lidam com esse aspecto. No discurso lúdico, instala-se no dizer, a busca por uma suspensão da reversibilidade, seja pelo exagero, onde há a constante troca de papéis entre o locutor e o ouvinte, como no caso de um bate-papo, seja pelo a-menos, onde o que prevalece é a linguagem em si, o simples prazer de dizer, como no caso da poesia. No discurso polêmico, a reversibilidade se dá, porém segundo certas condições. E no discurso autoritário, prevalece uma tendência a anular a possibilidade dessa reversibilidade, assim, exemplos do discurso autoritário são os discursos religioso e jurídico.

Nesse sentido, ao trabalharmos com os textos das Conferências Nacionais de Saúde, estamos lidando com dizeres/formulações que advêm do Estado, ou melhor, que “servem” aos interesses dos autorizados a fazer/falar a saúde no Brasil. Desse modo, vemos instituir, como efeito dessas práticas, sentidos que colocam em oposição o Estado, de um lado, e o sujeito alvo da saúde de outro.

Nos dizeres de Althusser (1985, p. 62-63),

O Estado é, antes de mais nada, o que os clássicos do marxismo chamaram de *o aparelho de Estado*. Este termo compreende: não somente o aparelho especializado (no sentido estrito), cuja existência e necessidade reconhecemos pelas exigências da prática jurídica, a saber: a política – os tribunais – e as prisões; mas também o exército, que intervém diretamente como força repressiva de apoio em última instância (o proletariado pagou com sangue esta experiência) quando a polícia e seus órgãos auxiliares são “ultrapassados pelos acontecimentos”; e acima deste conjunto, o Chefe de Estado, o Governo e a Administração.

As intervenções do Estado em saúde, anteriores ou atuais, podem ser compreendidas, na vida do indivíduo, pelo modo de constituição do sujeito na sociedade capitalista, que em Análise de Discurso é explicada pela noção de assujeitamento. As formas de assujeitamento do indivíduo ao poder, desde a determinação religiosa até a jurídica, foram discutidas por Haroche (1992). Assim, a autora, ao fazer um percurso pela história da subjetividade, diz que até o século XIII, o *sujeito religioso* era submetido à ideologia cristã, à Igreja, era submisso ao Texto, à Deus. No entanto, com o enfraquecimento da Igreja e com a centralização do Estado e surgimento do jurídico, defini-se um sujeito ambíguo: um *sujeito-de-direito* – com direitos e deveres, responsável perante o Estado e a Lei.

A noção de assujeitamento pode ser melhor compreendida por essa ambiguidade instalada quando o sujeito determina o que diz, mas no entanto é determinado pela sua relação com os sentidos, e estes determinados pela exterioridade. A atual forma de assujeitamento tem uma subordinação menos explícita, pois mantém uma ideia de autonomia, de liberdade, de não-determinação do sujeito, mas ainda submetendo o sujeito ao Estado, às Leis. O sujeito é assim, “[...] produto histórico, efeito de discurso que sofre as determinações dos modos de assujeitamento das diferentes formas de poder.” (ORLANDI, 2007a, p. 52). Ele é sempre determinado pelo poder institucional, mas por esse assujeitamento impera uma ilusão de que se é livre, mesmo sendo submisso.

Nesse sentido, o modo como o Estado diz, alicerçado por regras institucionalizadas, marca-se por uma visão positivista, objetiva, geral: “todos iguais perante a lei”. E esse funcionamento, próprio do sujeito-de-direito, produz efeitos de autoritarismo, de imposição.

A nossa vivência em instituição hospitalar pública nos leva ao encontro de funcionamentos discursivos na saúde, que produzem efeitos de igualdade para os

sujeitos do sistema de saúde sustentado pela lei do Estado – funcionamento próprio do discurso jurídico –, porém ressaltam-se também efeitos de “piedade”, de “dom da vida”, de “compaixão” – funcionamento próprio do sujeito religioso.

Nesse sentido, retomamos a formulação do Ministro da Saúde para dar visibilidade ao atravessamento de uma formação discursiva religiosa, que, sendo assim, se marca por um discurso caracteristicamente autoritário. Dizemos isso, porque no texto, há marcas, traços, pistas que nos remetem às propriedades do discurso religioso.

Não me é fácil distinguir, neste momento, que razão me **desvanece** mais por presidir à abertura dêste Encontro. Pois este **honroso** encargo não me sensibiliza menos como médico do que como integrante do **Govêrno**. Médico, eu me sinto instalando uma **Junta que vai procurar identificar e desenvolver um meio de tratamento** para um paciente com uma **família composta de milhões de dependentes**. É uma questão de **amor ao próximo** e à profissão. Integrante do Govêrno, eu **espero**, também **ansioso**, que as indicações dêem ao paciente **condições de assumir**, sem mais demora, **o destino que lhe está reservado**. É uma questão de **idealismo** e **amor à Pátria**. (Grifos nossos).

Assim, mesmo falando como integrante do governo, o médico faz alusão a sua condição tomando-a como um ato de amor ao próximo e à profissão – É uma questão de **amor ao próximo** e à profissão – apagando, com isso, todas as benesses e honrarias que um cargo de ministro acarreta.

A formulação do médico, presente também no texto da Bíblia, como uma ordem, um mandamento de Deus, dá sustentação a toda uma memória religiosa. Assim, o dizer do ministro faz remissão a dizeres que se constituem na Bíblia, produzindo efeitos de sentido que presentificam os 10 Mandamentos Divinos, mais especificamente os dois considerados pela Igreja como os mais importantes ou os basilares para a ordem divina: amar a Deus e amar ao próximo. Nessa direção, a remissão materializada no dizer do médico funciona também como mantenedora de uma imposição, que produz efeitos de uma obediência cega àquilo que se diz/manda.

Vejamos a fundação desses sentidos no livro de Matheus, capítulo 23, versículos 36 a 40:

36. Mestre, qual é o grande mandamento da Lei?

37. Respondeu-lhe Jesus: **Amarás ao Senhor teu Deus** de todo o teu coração, de toda a tua alma e de todo o teu entendimento.

38. Este é o grande e primeiro mandamento.
39. O segundo semelhante a este é: **Amarás ao teu próximo** como a ti mesmo.
40. Destes dois mandamentos dependem toda a Lei e os profetas.

Encontramos ainda na Bíblia, no livro de Romanos, capítulo 13, versículos 8-10:

8. A ninguém devais coisa alguma, senão o amor recíproco; pois quem **ama ao próximo** tem cumprido a lei.
9. Com efeito: Não adulterarás; não matarás; não furtarás; não cobiçarás; e se há algum outro mandamento, tudo nesta palavra se resume: **Amarás ao teu próximo** como a ti mesmo.
10. O amor não faz mal ao próximo. De modo que o amor é o cumprimento da lei.

Do mesmo modo, a “junta” que o ministro propõe passa antes pela questão do amor para depois colocar-se como uma exigência do próprio cargo – **Junta que vai procurar identificar e desenvolver um meio de tratamento** para um paciente com uma **família composta de milhões de dependentes**. Vejamos, então, que o ministro coloca suas ações em nome de um amor incondicional ao outro (ao próximo), antes mesmo de colocá-las como uma ação necessária ao próprio cargo. Esse funcionamento de dedicação ao próximo é mais fortemente marcado no período militar, uma vez que os descasos com a saúde pública precisam ser preenchidos por discursividades que ressaltem o amor, a abnegação, tornando a função de ministro um ato de amor e não de necessidade de trabalhos efetivos que minimizem as mazelas da saúde no período.

Uma das características da saúde pública nesse período é, então, a dissimetria que se estabelece entre os dois polos da relação enunciativa no discurso religioso, ou seja, entre o locutor, que é Deus (o Outro) e o ouvinte, que são os humanos (o outro). Ambas as posições se encontram em lócus diferentes: Deus está no plano espiritual e os homens no plano temporal. Essa configuração está afetada por um valor de hierarquia, de dominância, de desigualdade, pois Deus domina os homens, do mesmo modo que o ministro, com seu gesto de abnegação e amor, apaga a insuficiência da saúde no período.

No recorte que ora analisamos, o emprego das letras maiúsculas – **Pátria, Governo** – assinalam a dissimetria entre as ações do ministro e as do sujeito usuário do SUS, pois, assemelhando-se ao funcionamento do discurso religioso, no qual o emprego

das maiúsculas marca a distância entre Deus e os fiéis, no excerto, o ministro, ao formular, faz falar, através dele, a voz do Outro, ou seja, pelo mecanismo de *incorporação de vozes*²⁴, o ministro ao dizer faz falar nele outras vozes – a da **Pátria**, a do **Govêrno** – que produzem o efeito de valorização da voz desse Outro, como se fosse a voz de Deus a ditar o que pode e o que deve ser dito. Esse modo de dizer dá visibilidade a uma dissimetria no dizer, que se coloca em funcionamento quando o ministro, ao formular, faz falar nele a voz desse Outro.

Nessa direção, a autonomia do ministro, enquanto representante, enquanto porta-voz²⁵ da **Pátria**, do **Govêrno**, fica subsumida pelo ato de colocar aquilo que ele diz como a expressão de um dizer outro. Salientamos que estamos tratando de uma CNS escrita no “período de ferro” da ditadura militar, assim, no momento da formulação desse dizer o país vivia sob o governo militar, que tinha um regime ditatorial e restringia a liberdade de expressão. Sendo assim, o dizer apresentava-se “engessado”, não podendo ser modificado de forma alguma, ou seja, assim como ocorre no discurso religioso, deve-se, simplesmente, *obedecer*, pois é pelo ato de obediência que o cristão acessa o “paraíso” e o sujeito usuário do SUS o que de melhor a saúde pública pode oferecer. Daí, então, a relação necessária do discurso da saúde com as discursividades religiosa e educacional, pois o sujeito que segue os preceitos religiosos, os educacionais e os da saúde, obtém o que de melhor se pode angariar em cada um desses setores.

Paralelamente, então, do outro lado desse polo que formula o dizer pelo poder, temos também a materialização da dissimetria que estamos discutindo, pois é colocado **um paciente, uma família, os dependentes, o próximo**, ou seja, aquele(s) para quem deve inquestionavelmente se dirigir o dizer, assim, temos, de um lado, o saber/poder e, de outro, os sujeitos para quem se dirige o saber/poder, ou seja, aqueles que não detêm nem saber e nem poder, materializando a desproporcionalidade entre o governo e a população.

Outra característica da propriedade do discurso religioso é a necessidade da exortação, do engajamento de todos na transformação, da persuasão, da busca pelo envolvimento, do convencimento, para tanto, é necessário que no/pelo discurso

²⁴ Orlandi (2009, p. 244) ao definir o discurso religioso, pensa a incorporação de vozes como “[...] uma voz que se fala na outra da qual é representante”.

²⁵ Tomamos porta-voz como aquele enunciador que produz com seu dizer, materialidades nas quais os destinatários se identificam. Aquele que se torna organizador de uma coletividade, e na qual seus representados, embora sejam em algumas circunstâncias, “enunciadores originários” da palavra, também são “destinatários”. (ZOPPI-FONTANA, 1997, p. 25).

funcione um mecanismo de **identificação** dos sujeitos entre si, ou seja, é preciso que os sujeitos se reconheçam na igualdade.

Sendo assim, o ministro ao referir-se aos brasileiros como **uma família**, faz funcionar um sentido de irmandade, de objetivos comuns, de identidade, de igualdade de condições, pois os membros de uma família estão sempre vinculados, sejam por meio de laços de parentesco, de afetividade, de ajuda mútua, de convivência. Ou seja, com esse dizer, o ministro refere-se aos brasileiros, aos sujeitos-alvos da saúde, como “todos” aqueles que se encontram na mesma situação, vivendo as mesmas circunstâncias. Procedendo assim, o ministro apaga as diferenças que são constitutivas do social, silenciando e ignorando as diversidades, sejam elas biológicas, sociais, econômicas, culturais, geográficas, etc.

Outro componente característico do processo de exortação do discurso religioso/autoritário, ou seja, que também garante a persuasão, a indução, o convencimento, é a **quantificação**, pois, assim procedendo, aquele que formula tende a delimitar os sujeitos, cerceá-los, confiná-los, instalando um efeito de incluídos/excluídos. Nesse recorte que analisamos, o ministro refere-se aos brasileiros não só como uma família, mas como sendo esta, **composta de milhões de dependentes**, e assim, por um efeito de homogeneização, inclui muitos, instala um efeito de pertencimento de “todos”, ou ao menos daqueles que forem capazes de *crer e obedecer* aos direcionamentos das políticas públicas de saúde, que serão criadas após a **Junta identificar e desenvolver um meio de tratamento** para o país.

Outro traço característico que se faz presente no texto, denunciando uma filiação ao discurso religioso/autoritário, é o enlevo, a capacidade de encantar as pessoas, de absorvê-las, sendo assim, o ministro ao utilizar a expressão **condições de assumir o destino que lhe está reservado**, no que diz respeito ao futuro das políticas públicas de saúde do país, marca o funcionamento de haver, de antemão, um bom desígnio divino, um belo propósito pré-definido para “todos”, especialmente os sujeito usuário do SUS, que *obedecem* e cumprem os ditames que lhes são ensinados. Assim, aos sujeitos-alvos da saúde, aos **milhões de dependentes**, resta o deleite, o êxtase diante daquilo que certamente, inquestionavelmente ocorrerá.

Esse funcionamento também se marca quando o ministro afirma que

Nós, os médicos, especialmente nos países em desenvolvimento, passamos a vida, ao longo de nossa carreira, pugnando pela melhoria dos recursos humanos necessários ao progresso das nações. É um sentimento **inerente** ao nosso juramento, indispensável a melhor desempenharmos nossa missão, inadiável ao bem estar dos povos e ao julgamento da posteridade.

Desse modo, ao apontar o sentimento do médico (**pela melhoria dos recursos humanos**) como **inerente** ao seu juramento, marca inquestionavelmente um modo de ser do médico, produzindo efeitos de que basta o fato de se investir dessa posição-sujeito para ser igual a todos os outros. Assim, esse funcionamento discursivo produz efeitos de homogeneização e de igualdade para a classe médica, buscando, com isso, o efetivo envolvimento dos médicos e, por derivação, o dos profissionais da saúde, na **missão** que ora apresenta: o **bem estar dos povos**.

Nesses excertos, outra marca do discurso religioso/autoritário, ocorre quando o ministro, ao formular, utiliza em seu dizer termos que remetem a discursividades de cunho espiritual/religioso – **desvanece, honroso, sensibiliza, amor, espero, ansioso, idealismo** – produzindo efeitos de sentido que remetem à efemeridade da vida, que enfatizam a essência, a alma humana, fazendo funcionar um imaginário de compreensão, de compaixão para com a vida do outro. Assim, aquele que diz da Pátria, do Governo, do Outro produz efeitos de cuidados e de respeito para com o sujeito usuário do SUS.

Ainda considerando os traços característicos de um discurso religioso/autoritário, nos deparamos também com uma intertextualidade, que difere do interdiscurso por não possuir o esquecimento como fator estruturante para o estabelecimento do sentido. A intertextualidade funciona nesse recorte, pois remete esse texto a outro texto, para que então, esse signifique. “Há um dizer obscuro sempre já dito, que se fala para os homens. Para todos os homens. Para este discurso, então, a situação imediata só entra como motivo (ilustração) para se redizer a significação divina”(Orlandi, 2009, p. 260). Nesse caso, o que verificamos é que o dizer do ministro nos remete a dizeres que já estão na Bíblia, fazendo produzir efeitos de sentido que presentificam os 10 Mandamentos Divinos, e mais especificamente, aos dois ditos pela Igreja como os mais importantes ou balizares para a ordem divina. Ou seja, tanto no emprego das maiúsculas, que tem o funcionamento de uma voz outra no dizer, quanto na formulação “amar ao próximo” o que se marca é uma relação interdiscursiva, que se

descola do texto da bíblia, fazendo circular um enunciado que sustenta a memória religiosa.

Enfim, por tudo a que até aqui demos visibilidade, podemos dizer que, pelo funcionamento do discurso religioso/autoritário, esse recorte nos aponta que assim como o Mundo de Deus domina o Mundo dos homens, também o Mundo do Govêrno domina o Mundo do povo, dos brasileiros, dos sujeitos-alvos da saúde. Para Deus o homem pio deve devotar amor, crença e obediência, metaforicamente também para a Pátria deve devotar amor, idolatria e obediência, pois, assim como Deus dá aos homens a providência divina, a Pátria também é quem sabe o que é melhor para os outros, os sujeitos da saúde, que se tornam assim, **dependentes** das decisões que emanam, exclusivamente, do Govêrno.

Sendo assim, ao Govêrno o poder absoluto, ao povo o poder relativo à obediência puramente. A assimetria, que assim se constitui, caracteriza a tendência para a não-reversibilidade dos discursos, pois os homens (brasileiros, povo) não podem ocupar o lugar daquele que formula, pois falando em nome da Pátria, do Govêrno, instala como o poder/saber absoluto, que só se representa na figura de Deus. Portanto, essa relação de interlocução, que constitui o discurso religioso, é dada e fixada, segundo essa assimetria.

Desse modo, o Ministro fala do duplo aspecto que o angustia: como integrante do Govêrno ele faz o discurso da esperança de que o sujeito usuário do SUS assumo **o destino que lhe está reservado**, e como médico ele faz o discurso da (im)possibilidade, pois instala uma **junta que vai procurar identificar e desenvolver um meio de tratamento** para uma população doente. Trata-se de discursos que nada apresentam, de fato, como saída para a saúde no país. Assim, como responsável pela saúde do país (como Govêrno) **ele espera** e como médico ele está **instalando** modos de atender a imensa massa adoecida do país. O emprego do verbo instalar no gerúndio – **instalando** – expressa uma ação que está em curso, pois o Ministro se sente instalando uma junta. Essa instalação, contudo, produz o efeito de uma progressão indefinida, visto que, na saúde brasileira, no período militar muito pouco ou nada se caminhou. Nessa direção, foi um período de retrocessos, de privatizações, de ingerências, de desgovernos para a saúde pública brasileira.

2.2.3 – As Conferências Nacionais de Saúde nos governos de transição e democráticos

Os anos da década de 80 se configuraram, não só no Brasil, mas também em outros países da América Latina, como um período de queda de governos ditatoriais com a ascensão ao poder de governos de transição. Os discursos políticos dessa época valorizavam a democracia, com forte apelo discursivo, no intuito de dar sustentação e poder a esses governos de transição. A modernização também foi valorizada, funcionando associada ao desenvolvimento, sendo apresentada como solução para retirar o país da situação precária e do sucateamento, oriundos do regime militar.

Zoppi-Fontana (1997, p. 18), ao estudar os discursos políticos dos governos de transição na América Latina, da década de 80, lembra-nos que estes governos são definidos:

[...] como o período que vai da abertura da atividade política à realização das primeiras eleições pós-ditaduras, e alude depois ao processo de institucionalização e consolidação do sistema democrático, abrangendo assim, não só o período de mudança de regime, mas, também, todo o mandato do primeiro governo democrático.

No Brasil, o governo de transição iniciou-se em 1984, quando Tancredo Neves foi eleito presidente, pelo Colégio Eleitoral. Entretanto, devido a problemas de saúde, não pode ocupar seu cargo, e um mês depois, faleceu. A presidência foi assumida, então, pelo seu vice, José Sarney.

O setor da saúde vinha enfrentando, desde a ditadura, rombos enormes ocasionados também por inúmeros casos de corrupção revelados pela imprensa. Com esse cenário político-econômico e as pressões dos movimentos sociais, delineou-se um projeto de democratização no setor saúde.

Anteriormente, ainda no governo militar, foram realizadas outras três Conferências Nacionais de Saúde – a 5ª, a 6ª e a 7ª.

Em agosto de 1975, sob o governo de Ernesto Geisel, o Ministro da Saúde Paulo de Almeida Machado, abriu a 5ª Conferência Nacional de Saúde, que visou a discutir, principalmente, a proposta de organização do Sistema Nacional de Saúde, no qual se pretendia distribuir as atribuições da área da saúde do país, entre o Ministério da Saúde, que ficaria responsável pelas ações coletivas de saúde pública, e o Sistema de

Assistência Médica Previdenciário, que ficaria responsável por ações de assistência à saúde individual.

Do mesmo modo, na 6ª Conferência Nacional de Saúde, que ocorreu dois anos após a realização da 5ª Conferência, em 1977, se discutiu programas governamentais, sendo ainda uma característica análoga entre as conferências o modo do dizer, que se manteve ligado a um funcionamento religioso/autoritário, uma regularidade que se marcou como presente em todas as outras Conferências. Ou seja, também nessas duas Conferências, o modo de discursivizar a saúde e, por derivação, o sujeito alvo da saúde se deu por esse mesmo funcionamento religioso/autoritário, que vimos tratando nesse trabalho.

Vejamos, então, mais recortes da 5ª e 6ª conferência, respectivamente:

O programa é intenso e concentrado, como o requerem as grandes responsabilidades inerentes aos privilégios que temos todos nós de viver o momento atual e participar da implantação das inovações institucionais que vieram nacionalizar as ações de saúde no Brasil. Este é um momento oportuno para repetir as palavras do Presidente Ernesto Geisel: **Que se queira e que se saiba unir esforços, dedicações e vontades, despidas de todas as motivações egoístas, intenções subalternas ou propósitos demagógicos, para que solidários possamos impulsionar decididamente este grande e promissor país aos altos destinos que lhe são reservados. Que Deus nos faça dignos de viver este momento.** (BRASIL, 1975, p.12).

Será esta uma oportunidade singular para a integração de diferentes correntes de opinião sob um denominador comum – o bem-estar do povo brasileiro. **Que este encontro** sirva para consolidar a união de todos, acima de interesses pessoais ou de grupos, com visão ampla e objetiva da problemática da saúde no Brasil. A análise dos fatos e da discussão, ainda que acalorada, desde que inspiradas pelo desejo único de bem servir, certamente conduzirão a uma unidade de vistas, capaz de aprimorar o atendimento à população. (BRASIL, 1977, p.19).

Esses dois recortes, retirados dos discursos de abertura das duas Conferências, foram proferidos por autoridades investidas do papel do governo, ou seja, representantes legítimos do Estado. Assim, o que nos chama a atenção em ambos os recortes é a recorrência ao emprego de frases que se iniciam com o pronome relativo **que** – [...] **Que** se queira e **que** se saiba [...], para **que** solidários [...]. **Que** Deus nos faça dignos de viver este momento. **Que** este encontro [...] – o que nos remete aos modos como a Igreja Católica vem, ao longo dos anos, constituindo o seu fazer litúrgico, durante a celebração

de suas missas. Em especial, na parte da missa intitulada Prece dos Fiéis, onde o padre – representante de Deus – conclama a comunidade presente – os fiéis, a dirigirem suas orações, pedidos a Deus. Esse funcionamento pode ser visto nos excertos que retiramos da liturgia O Domingo.

Preces dos Fiéis

— Jesus volve seu olhar a todos os doentes e sofredores. Reze-mos ao Pai santo, para que se-jamos acolhedores dos necessi-tados de ajuda e de misericórdia, dizendo: **Salvai-nos, Senhor, nosso Deus!**

1. SENHOR, fazei-nos servi-dores dos irmãos e irmãs, nós vos pedimos.

2. SENHOR, dai-nos uma fé sincera e autêntica, nós vos pedi-mos.

3. SENHOR, que a união dos cristãos amenize a dor dos ir-mãos, nós vos pedimos.

4. SENHOR, que o fermento novo de vosso amor nos transfor-me, nós vos pedimos.

5. SENHOR, que nossa mão se estenda aos marginalizados, nós vos pedimos.

Preces dos Fiéis

— Ser misericordioso como o Pai do céu, ensina-nos Jesus. Reze-mos para que essa verdade se realize entre nós, dizendo: **Nós confiamos em vós, Senhor!**

1. SENHOR, que praticando o bem e a misericórdia sejamos fiéis ao vosso Reino e alcancemos vossa paz. Nós vos pedimos.

2. Ó DEUS, que nós, ilumina-dos por vossa graça, amemos sinceramente as pessoas, cami-nhando com elas nos caminhos de vosso Reino. Nós vos pedi-mos.

3. SENHOR, que já não haja maldade, injustiça e opressão entre nós, e vivamos com intensi-dade a verdade de vosso Reino. Nós vos pedimos.

4. Ó DEUS, porque acredi-tamos em vossa misericórdia, ajudai-nos a estender nossa mão aos desfavorecidos de nosso mundo. Nós vos pedimos.

5. SENHOR, que o amor de São João Crisóstomo pela Eucaristia provoque em nós esse mes-mo amor. Nós vos pedimos.

Essa forma impositiva do dizer, que na liturgia se apresenta como súplicas de um povo perante a um Deus, tem o mesmo funcionamento nas Conferências, pois ali também se produzem súplicas de um povo carente que necessita de um Estado Todo-poderoso para resolver os problemas de saúde no país. Desse modo, se os brasileiros – envolvidos por esses efeitos de enlevo, de envolvimento, de homogeneização e de irmandade, produzidos pelo que a memória faz funcionar através desse tipo de formulação – pedirem com fé, podem ser atendidos. Assim sendo, as autoridades, ao proferirem seus dizeres, produzem uma relação de subordinação entre os muitos brasileiros, sujeitos alvo da saúde, diante de um Pai Todo-Poderoso – o Estado – que é quem deveria se responsabilizar pelas ações que emanassem desse encontro. No entanto, ao instituir essa relação divina entre o povo e o Estado, o dizer das Conferências, deixa *à deriva* o destino da saúde no país, como algo já pré-destinado, ou ainda pior, como algo que depende do tamanho do desejo daqueles que lá estiverem presentes.

A 7ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1980, a última do governo militar, apesar de ter tido os mesmos moldes das Conferências anteriores, começou a apresentar, mais enfaticamente, a necessidade de mudanças, tanto no modo de se fazer saúde no Brasil, quanto na forma de se fazer as Conferências.

Esse anseio por mudanças se marca em formulações que materializam denúncias e desejos populares por reformas mais profundas no sistema de saúde, como podemos ver nas conclusões do relatório do evento.

A mais ampla liberdade de manifestação, com intensa troca de opiniões e experiências, caracterizou o bem organizado e harmonioso clima sob o qual os debates da Conferência se desenrolaram. Embora, por motivos circunstanciais, não tenham sido convocados determinados grupos sociais – como, por exemplo, **os usuários dos serviços de saúde** – o conjunto de instituições, órgãos e serviços, tanto do setor saúde quanto dos setores afins, foi bastante representativo. (BRASIL, 1980, p. 216).

Sendo assim, podemos dizer que a 7ª Conferência Nacional de Saúde, possibilitou que houvesse a entrada de discussões sociais na pauta das conferências, que se materializou, de modo incisivo, na 8ª Conferência, que foi aberta em 17 de março de 1986, em Brasília (DF), pelo então presidente da República José Sarney.

Dessa maneira, a 8ª Conferência se deu de modo a objetivar a discussão e a participação popular, a equidade, a descentralização, a universalidade e a integralidade das ações de saúde, princípios que instituíram no país a Reforma Sanitária.

É preciso salientar que o país passava por um momento de importantes mudanças, uma vez que se buscava uma reorientação política e institucional para o Estado Brasileiro, e isso, indiscutivelmente, refletiu em mudanças também no âmbito das políticas sociais, inclusive a da saúde.

Consolida-se nesse período o movimento da Reforma Sanitária e, em seu âmbito, a reflexão sobre as iniquidades em saúde e a desigualdade social no país, estabelecendo uma agenda de propostas para a reversão do quadro social apresentado e, em especial, das condições de saúde. (COSTA, 2006, p. 44).

A 8ª Conferência Nacional de Saúde tem sido considerada como a conferência-mãe do SUS, portanto, um evento memorável na área da saúde brasileira. Uma das razões que fizeram com que essa Conferência se tornasse antológica foi o de ter apresentado um funcionamento e uma organização bem diversa das anteriores. Nesse evento, a sociedade foi trazida às discussões referentes à saúde, pois se abriu a participação para aproximadamente 4.500 pessoas e, dentre estas, cerca de 1.000 eram delegados com direito a voto.

O engajamento da sociedade se fez pela participação de entidades representativas da população, como por exemplo: sindicatos, partidos políticos, associações de profissionais, parlamento, moradores, usuários. Devido a essa conjuntura organizacional da 8ª Conferência, pela primeira vez a questão Saúde ultrapassou a análise governamental e setorial, envolvendo também a sociedade.

As principais propostas debatidas por esses sujeitos coletivos foram a universalização do acesso; a concepção de saúde como direito social e dever do Estado; a reestruturação do setor através da estratégia do Sistema Unificado de Saúde visando um profundo reordenamento setorial com um novo olhar sobre a saúde individual e coletiva; a descentralização do processo decisório para as esferas estadual e municipal, o financiamento efetivo e a democratização do poder local através de novos mecanismos de gestão – os Conselhos de Saúde. (BRAVO, p. 09)

Como fruto dessas discussões, gerou-se um relatório que subsidiou as bases para a seção *Da Saúde*, da Constituição Federal de 1988, que foi formulada, concluída e promulgada ainda no Governo Sarney.

Todo esse processo constituinte fez surgir uma nova forma de saúde no Brasil, pois deixou de ser responsabilidade apenas da União, e/ou advindas, quase que exclusivamente, de instituições privadas, e passou a ser dever do Estado, em todas as esferas de governo, sendo assegurada pela Carta Magna do país. Tornou-se, então, um direito universal, não sendo mais vista apenas como ações e serviços dirigidos aos trabalhadores segurados e/ou seus respectivos beneficiários.

O conceito de saúde foi ampliado e passou a circular e a fazer parte, também, da elaboração de outras políticas sociais e econômicas. Desse modo, a assistência em saúde passou a ser concebida de forma mais integral, apresentando enfoques tanto preventivos quanto curativos, pois o enfoque, até o regime militar, era no tratamento da doença e, a partir dos governos de transição, o enfoque passou a ser o da prevenção e da profilaxia, portanto, um enfoque verdadeiramente na saúde do povo brasileiro. Assim, definiu-se, de maneira inovadora, a gestão participativa na área da saúde, além de se designar fundos financeiros únicos, para cada esfera de governo.

Definitivamente, podemos dizer que as bases do atual sistema brasileiro de saúde – o SUS – foram dadas por essa 8ª Conferência Nacional de Saúde. Na época de sua realização, o então Secretário de Saúde do Estado de São Paulo, João Yunes, ao falar dessa participação da população no sistema de saúde do país²⁶, afirma:

A participação, apesar da situação estrutural da sociedade brasileira, não só é possível como também se constitui no principal instrumento de avanço para conquistas **verdadeiras** das populações **carentes**. E essa participação só é plena quando a sociedade **civil** e o Estado não se constituírem em partes antagônicas, quer dizer, quando o Estado deixa de tutelar a sociedade e, quando os cidadãos de posse de seus direitos passam a militar ativamente em todos os setores que afetam direta ou indiretamente suas vidas. (BRASIL, 1986, p. 13. Grifos nossos).

A inclusão dos adjetivos na formulação do Secretário configura-se como uma marca de assunção da autoria no discurso, pois, pela função de adjetivar o referente, o

²⁶ No documento da 8ª Conferência sobre o Tema II Reformulação do Sistema Nacional de Saúde, no Subtema C – Participação Social em Saúde.

enunciador demonstra o modo como qualifica, dimensiona, descreve, emite opinião, valoriza, especifica, distingue o substantivo.

No caso específico desse excerto, queremos chamar a atenção para os adjetivos: **verdadeiras** e **carentes**, utilizados para os substantivos: **conquistas** e **populações**, respectivamente. No dizer do Secretário, o emprego dos substantivos faz escopo sobre a produção de sentidos para o sujeito-alvo da saúde.

O adjetivo, quando é posposto ao substantivo, como é o caso nesse excerto, tende a funcionar de modo mais objetivo, mais descritivo e menos afetivo. No entanto, o adjetivo objetiva não só informar sobre algo do referente, mas também ampliar a visão sobre ele, expondo uma dimensão que engloba, também, a opinião do enunciador a respeito do referente.

Sendo assim, o secretário de saúde, ao referir-se à participação social como um instrumento para se conseguir atingir **conquistas verdadeiras**, produz um efeito de que, o que interessa, não são quaisquer conquistas, mas sim aquelas que se distinguem de outras, **as verdadeiras**. Desse modo, dá visibilidade àquilo que seria o seu oposto, **as conquistas falsas**, não reais, de pouco valor, e que, assim sendo, não servem/não serviram à sociedade brasileira. Assim, o dizer do Secretário produz efeitos de sentido de um funcionamento que, pelo que silencia e cala, atribui às políticas públicas de saúde implantadas pelo regime militar todo o sentido que vem em oposição às **conquistas verdadeiras**, ou seja, o período em que a saúde, no Brasil, fez **conquistas falsas**. Desse modo, a formulação do Secretário faz incidir, sobre os sujeitos-alvo da saúde (os beneficiários, os segurados, os associados e seus dependentes) daquele período, ações e serviços que eram mantidos, subsidiados e legitimados pelo Estado, numa relação de absoluta **tutela**, que ele faz falar, pelo que não diz, como **conquistas falsas** da saúde no regime militar.

Nessa direção, o adjetivo denuncia, pelo efeito que produz, a posição contrária do secretário de saúde para com as **conquistas** que eram referendadas pelo regime militar, aquelas, **enganosas**, que se alicerçavam em motivações não só políticas, mas também econômicas, onde prevalecia a mercantilização da saúde mantida por um grupo pequeno de pessoas, que objetivavam “engordar” seus cofres, vendendo, e vendendo caro, os seus serviços em saúde, eximindo, em contrapartida, o Estado desses custos. Trata-se, por deriva, de **conquistas ruins**, que incentivavam a venda de serviços médicos e produtos terapêuticos (medicamentos e aparelhos biotecnológicos) para um

grupo bastante pequeno de pessoas que tinham condições de pagar por isso. Ou dito de outro modo, trata-se de **conquistas** que se baseavam no poder de compra da população, onde a saúde era vista como um bem e o acesso a ela era somente para aqueles que tinham poder financeiro para isso. Esse funcionamento, presente no regime militar, fez instalar uma exclusão necessária das **populações carentes** do sistema de saúde, que o Secretário quer agora incluir, quer chamar a participar, a ter direitos, que só serão garantidos pelo apagamento dos anos de tutela produzidos pelo regime militar, que colocaram a sociedade civil e o Estado em permanente embate e antagonismo.

O secretário de saúde coloca-se de forma contrária aos modos como a saúde estava ocorrendo no país. Assim, com a inclusão do adjetivo **verdadeiras**, faz funcionar um efeito de “controle” sobre o sentido para **conquistas**, especificando-as, qualificando-as de maneira a não deixar margens para outras possíveis interpretações ou para a valorização de outras formas de **conquistas** que não as **verdadeiras**, propostas agora por ele na 8ª CNS.

Do mesmo modo, ao falar sobre os beneficiários dessas **conquistas verdadeiras**, afirma serem as **populações**. No entanto, não é toda a população ou qualquer população, mas sim, aquelas que o Secretário designa, qualifica de **carentes**. Dessa maneira, o gesto de adjetivar as **populações** torna o dizer distinto, delimitado, seletivo, uma vez que prioriza, qualifica, especifica o público para com o qual demonstra preocupação – **os carentes**, instalando efeitos de sentido que especificam o sujeito-alvo da saúde. Os sujeitos carentes são aqueles que, baseando-se no que define o dicionário online infopédia²⁷, necessitam de carinho, de benevolência, de carícia, de mimo, de afago, de dedicação, de cuidado extremo, de ternura e de afeição. Esses sentidos para os carentes são associados, na formulação, ao fato de o secretário afirmar que o **Estado deixa de tutelar a sociedade**, pois, quem é tutelado é aquele que necessita do outro, aquele que precisa ser cuidado, amparado por outrem, trata-se, portanto, de um sujeito incapaz, que precisa ser protegido e que não tem condições de assumir os rumos da sua própria vida.

Nesse sentido, é que podemos ver prevalecer na prática diária em saúde, um entendimento de que o trabalho em saúde é “um favor” dos que sabem/podem para aqueles que não sabem/não podem, fazendo surgir no usuário dos serviços um

²⁷ Disponível em <http://www.infopedia.pt/lingua-portuguesa/carente>, acessado em 20 de junho de 2012.

sentimento de extrema gratidão, de grande benevolência para com os administradores, os profissionais da saúde pública. Tomar o trabalho em saúde como “um favor” produz sobre o sujeito usuário efeitos de que os profissionais da saúde são bondosos, se doam, fazem caridade, ajudam ao próximo, etc., e, em contrapartida, eles devem ser eternamente gratos com esses funcionários.

Esse funcionamento se verifica pelas demonstrações excessivas de agradecimento, além da atribuição de uma certa santidade aos profissionais de saúde, que, aos olhos da maioria dos usuários, “asseguram um lugar reservado no céu, com Deus”.

Vejamos esses funcionamentos em alguns depoimentos e comentários, retirados de sites da internet:

Hospital São Paulo – **anjos da guarda** com muito mérito – **Deus te pague**. (Fevereiro 9, 2012. JC Gianini). [...] Você teria uma facilidade muito grande de definir qual oficina mecânica ou concessionária é considerada a melhor para a manutenção do seu carro. Mas se sentiria no meio de uma guerra psicológica quando tiver que decidir em qual hospital levar o seu ente mais querido. [...] Por isso resolvi definir essa incrível equipe como **anjos da guarda** de plantão. Com muito mérito, posso garantir. Sim, acertei na mosca nessa escolha. A todos vocês, meu muito obrigado pelo que já se fez e pelo que ainda há pela frente. Como diria a minha própria mãe – “**Deus te pague**”²⁸.

É um imenso prazer em participar e interagir com o senhor. Como sou sua paciente há mais de 12 anos tenho bastante confiança e **para mim é Deus no céu e o senhor na terra**, Obrigada Dr. R. pela tranquilidade que me passa e por ser um eficiente cardiologista. Abraços. (E.S.T., 17/06/2010, às 03h31min). [...] Dr R., muito obrigada de todo meu coração. O Sr trouxe um alento para nós que palavras não conseguiriam descrever. **Que DEUS o abençoe, minha gratidão eterna**. Estava descrente da humanidade e estava errada. Estou muito emocionada e com esperança. **DEUS lhe pague**. (V.D., 04/06/2010, às 23 horas). [...] Boa noite dr.R! Quero expressar aqui todo meu apressso pelo sr. por ter cuidado com tanta dedicação de minha mãe que hoje está com 81 anos e de meu irmão que teve o mesmo problema dela, acho que até mais grave e que foi detectado a tempo pelo senhor. Obrigado dr. por tudo e que **Deus o ilumine sempre**. (E.O.L., 16/03/2010, às 01h37min)²⁹.

²⁸ Disponível no site: <http://entradafranca.wordpress.com/2012/02/09/hospital-sao-paulo-anjos-da-guarda-com-muito-merito-deus-te-pague>. Acessado em 12/06/2012.

²⁹ Disponível no site: <http://cardiologistaruipeixoto.com.br/>. Acessado em 15/06/2012

Ao proceder desse modo, os usuários da saúde remetem o trabalho médico, e por derivação, o trabalho em saúde como “uma dádiva, um dom divino”, como se o profissional da saúde e a própria saúde não fizessem parte do mundo terreno. O efeito que se produz é o de que o trabalho com a saúde e, portanto, seus profissionais têm um status diferenciado. Assim, a saúde e os profissionais da saúde são tratados acima do bem e do mal, como se o seu trabalho estivesse acima de qualquer suspeita, como se não fosse um trabalho qualquer, pois se trata de um trabalho que está para além das questões morais, éticas e técnicas, que balizam qualquer profissão. Trata-se, pois, de um trabalho de um “Deus”, de alguém que tem o poder sobre a vida e a morte, um “doutor”³⁰, reconhecido e aclamado como tal, pois salvar a vida de um ente querido é algo da ordem do divino, do sobre-humano. Assim, não é trivial que os profissionais da saúde sejam nomeados como *anjos da guarda* ou *salvadores de vidas*, especialmente os que trabalham prestando primeiros socorros ou nas emergências.

Tomamos em análise mais uma Conferência Nacional de Saúde do que chamamos de período de transição entre a ditadura militar e os governos democráticos. Trata-se da 11ª CNS – *O Brasil falando como quer ser tratado* –, que ocorreu em Brasília (DF), de 15 a 19 de dezembro de 2000, e teve como tema “Efetivando o SUS – Acesso, Qualidade e Humanização na Atenção à Saúde com Controle Social”.

A realização do evento, nessa data, possibilitou que os estados brasileiros fizessem as conferências preparatórias imediatamente após as eleições municipais daquele ano. Foi nesse encontro, que se discutiu, pela primeira vez, o tema da humanização, dando ênfase também, ao controle social. As discussões ocorreram com a participação de representantes de usuários, prestadores de serviços, profissionais e gestores do SUS.

Naquela oportunidade, o governo era de Fernando Henrique Cardoso, popularmente conhecido como FHC, e que assumiu a presidência no dia 01 de janeiro de 1995. Na época de realização da Conferência, o ministro da saúde era José Serra, um engenheiro civil que assumiu a pasta da saúde em 1998, deixando o cargo em 2002, quando se candidatou à Presidência da República.

³⁰ O título de doutor é mais propriamente decorrente de um efeito histórico-ideológico do que do mérito, pois, na academia, o título só é concedido para alguém que fez pós-graduação em nível de doutorado. Mas, o efeito de endeusamento a que discursivamente a classe médica está sujeita fez com que os costumes passassem a conferir aos profissionais da saúde a titulação de “doutor”, que é também extensivo aos paramédicos (psicólogos, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, etc.).

Em 2000, ano de realização da 11ª CNS, uma das ações importantes do Ministério da Saúde foi a instituição da ANS (Agência Nacional de Saúde Suplementar), uma agência regulamentadora de planos de saúde privados do país.

O Relatório desse evento, que também compõe o nosso material simbólico de análise, foi elaborado pelos organizadores da 11ª CNS, iniciando-se com um texto que descreve o *cenário* da situação do SUS, para, em seguida, apresentar as *Proposições* que foram retiradas desse encontro.

Desse modo, o texto relativo ao *cenário* afirma que:

Os participantes da 11ª CNS entendem que existem dificuldades para utilizar o SUS, por desconhecimento de seus programas e ações por parte da população. Algumas pessoas **têm acesso diferenciado ao SUS**, seja por desorganização e desvinculação dos serviços, seja pela proximidade com os gestores, utilizando quando, onde e quanto querem, enquanto grande parte da população **amarga filas de espera, precisa madrugar à espera de atendimento** ou tem de recorrer ao pagamento de planos de saúde para ter direito a consultas e exames especializados (BRASIL, 2002c, p. 30-31)

Para procedermos à análise desse recorte, reafirmarmos que, para a Análise de Discurso, o texto apresenta-se, para o autor, como um produto “ilusoriamente” acabado, conciso, completo, ou seja, apresenta-se como um instrumento que foge à ambiguidade dos sentidos. No entanto, o discurso que se materializa na textualização, é sempre inacabado, incompleto, aberto a novas possibilidades. Sendo assim, não há, para o discurso, um início absoluto, nem mesmo um fim definitivo.

Para Orlandi (2008), o texto, no domínio discursivo, é sempre heterogêneo, podendo estar inscrito em diferentes formações discursivas, apresentando-se como espaço de diferentes modos de identificação para o sujeito, uma vez que na textualização marcam-se os modos de afetamento histórico-ideológicos das diferentes posições-sujeito. O jogo dessas diferentes regiões de significação, dispersas na textualidade, se estabelece no espaço existente entre a constituição do dizer (o interdiscurso, a memória discursiva) e a formulação (o intradiscurso, a atualidade).

Desse modo, atrás da linearidade textual, da evidência do sentido, do bom uso da escrita, há uma ordem do discurso que produz efeitos de sentidos. Assim, é na busca desses bastidores do dizer, que trazemos à discussão o papel da pontuação, não somente como marcas gramaticais na frase, mas como indícios que demonstram o movimento

dos percursos do sentido, pois, “[...] a pontuação serve assim, para marcar divisões, serve para separar sentidos, para separar formações discursivas, para distribuir posições dos sujeitos na superfície textual” (ORLANDI, 2008, p. 116).

Nessa direção, o início do recorte – **Os participantes da 11ª CNS entendem que existem dificuldades para utilizar o SUS** – se apresenta com o uso da vírgula [,] e não do ponto final [.] , o que instala uma diferença significativa, pois, se no final da formulação houvesse o uso de um ponto final [.] – **Os participantes da 11ª CNS entendem que existem dificuldades para utilizar o SUS** [.] – se instalaria aí um efeito ilusório de completude para o dizer. O ponto final [.] impediria a entrada daquilo que até ali não se fez presente – [,] **por desconhecimento de seus programas e ações por parte da população**. Ou seja, se instalaria um outro gesto de interpretação sujeito-autor que excluiria tudo o que não está lá, o que está de fora, em outro lugar. O dizer se vincularia, então, a uma dada formação discursiva, àquela que entende as **dificuldades para utilização do SUS**, silenciando, por outro lado, os responsáveis por essas dificuldades: **a população que desconhece os programas e ações do SUS**. Assim, ao utilizar a vírgula [,] e complementar o dizer o sujeito que formula faz funcionar sentidos que atribuem à população as falhas do SUS e silencia toda uma rede de significações intrinsecamente vinculadas ao próprio sistema, ou seja, a sua (des)organização, o seu mau funcionamento.

O que o dizer após a vírgula apaga é toda uma série de razões que atribuem as dificuldades de acesso ao próprio SUS: a inexistência de locais para atendimento em determinadas regiões do país; a grande precariedade das instalações físicas onde funcionam os seus serviços; o sucateamento dos aparelhos tecnológicos, o que tende a retardar, e às vezes até, desqualificar, o diagnóstico; a escassez de materiais nos diferentes âmbitos de atendimento à população, e que são imprescindíveis para a realização das ações em saúde; a incompetência gerencial nas suas Unidades, que em sua maioria, tem à frente pessoas leigas, “colocadas” ali por barganha partidária, por acordos eleitoreiros; a falta de contratação de profissionais de saúde, das mais diferentes áreas do conhecimento, o que garantiria um atendimento de saúde integral à população; a ausência de uma permanente qualificação para os profissionais que já atuam no SUS, o que melhoraria a sistematização dos serviços em rede; poucos recursos financeiros destinados à área da saúde, o que impede a melhora do atendimento prestado e também

o aumento da abrangência da atuação do SUS; a falta de leitos hospitalares; dentre outras.

O efeito que a vírgula [,] produz, então, ao final da formulação analisada, é o de uma nova possibilidade para o dizer, uma abertura para o atravessamento de outras formações discursivas, criando no texto uma fissura que possibilita a inclusão de discursos “outros”, de sentidos outros.

Vejamos, pois, que a análise da formulação apresentada posteriormente à vírgula [,] – **por desconhecimento de seus programas e ações por parte da população**– nos possibilita perceber a inclusão, o atravessamento de outra formação discursiva. A vírgula [,] abre, então, um espaço para outro dizer e para outros modos de significar as **dificuldades para a utilização do SUS**, fazendo funcionar sentidos para o sujeito-alvo da saúde.

O desconhecimento por parte da população passa a ser a razão fundacional para as dificuldades de acesso aos serviços, programas e ações do SUS. Desse modo, a textualização que discursiviza o sujeito-alvo da saúde o toma como culpado pelo fracasso do acesso ao sistema de saúde. Assim, ao usuário do SUS é atribuída a pecha de ignorante, de desinformado, de não instruído, e ainda, pela inclusão de formulações pertencentes a uma mesma família parafrástica³¹, outras possíveis designações: “burro”, analfabeto, desqualificado, carente, pobre, mendigo, idiota.

Ou seja, o sujeito-alvo da saúde, ao ser dito como aquele que não sabe, pode esperar, daquele que sabe, diferentes modos de intervenção, o que acaba permitindo que esses outros que têm o poder de intervir, os que **têm acesso diferenciado ao SUS**, não enfrentem as filas burocráticas do atendimento público de saúde, ou ainda, que não sejam facilmente enganados, negligenciados nas prestações de serviços, pois o sujeito usuário do SUS, a grande parte da população, **amarga filas de espera, precisa madrugar à espera de atendimento**.

O dizer que afirma o usuário como aquele que não utiliza de todos os programas e ações do SUS por desconhecimento, por não saber, abre espaço para um modo de lidar com essa questão, difundido pelas políticas públicas de saúde, que o coloca como necessitado de educação, de informação, de treinamento para usufruir dos programas de atendimento. Ou seja, o fracasso do atendimento não está no SUS, mas na

³¹ Por *família parafrástica* entendemos, com Orlandi (2008, p. 110-111), “[...] outras formulações possíveis no mesmo sítio de significação, mas que se organizam em diferentes espaços significantes”.

desinformação do sujeito usuário. Desse modo, esse funcionamento recorrente faz com que o Governo elabore e faça circular, ao longo desses anos de existência do SUS, cartilhas, guias, folders educativos, informes e campanhas que têm como objetivo principal difundir o maior número de informações, de conhecimentos para um maior número de pessoas.

Trata-se, portanto, de uma prática que vem ocorrendo desde outras épocas, antes mesmo da implantação do SUS, pois na década de 30 já circulavam pelo país os Almanques de Farmácia, que serviam como instrumento de propaganda à indústria farmacêutica, veiculando seus produtos e sua ciência e, principalmente, informando um povo que **nada sabia/sabe**.

Esse funcionamento instala ainda outros sentidos que atribuem os problemas da saúde ao sujeito usuário e não ao sistema, pois o que se produz são efeitos de que é pela falta de conhecimento que a população adoece, não se cuida, e não se cura, assim, o fracasso da saúde recai sobre o sujeito-alvo e não sobre o Estado, o que acaba por produzir um efeito de desresponsabilização para com o fazer saúde, para com o fazer políticas públicas de saúde no país. Ao culpabilizar a população pelo fracasso do SUS, ao atribuir à ignorância das pessoas a sustentação e causa do fracasso da saúde, exime-se o Estado (o SUS) de suas possíveis falhas na condução de seus programas, de seus serviços, de suas ações. Assim, o efeito que se produz é o de que, na questão do acesso, não há problemas a serem superados no modo de funcionar do próprio SUS, pois todas as dificuldades encontradas recaem sobre a desinformação do sujeito-usuário.

Embora essa conferência se coloque como inaugural de um momento de transição no país, o funcionamento de responsabilizar o usuário desinformado pelo fracasso da saúde se coloca como recorrente em todas as conferências até aqui analisadas. Trata-se, portanto, do mesmo funcionamento que instalou as cartilhas e a necessidade de pedagogização e de didatização dos serviços de saúde. Ou, dito de outro modo, o que se instala é um movimento parafrástico cujo efeito é o de responsabilização do usuário pelas mazelas da saúde, e, conseqüentemente, o de desresponsabilização dos governantes. Nessa direção, as Conferências têm apresentado um funcionamento que se coloca como regularidade: de um lado todas chamam os usuários à participação, mas, ao mesmo tempo, reitera a sua impossibilidade de compreender e de acatar os ditames da saúde. Esse duplo de sentidos instala o fracasso como responsabilidade do usuário, ao

mesmo tempo em que desresponsabiliza os governantes por qualquer resultado adverso na saúde.

Até mesmo as práticas de clientelismo e de corporativismo tão francamente criticadas e apontadas como sendo a de muitos gestores da saúde pública brasileira passam a ter um novo responsável: a população, o usuário que desconhece os programas e ações do SUS. Assim, é essa desinformação que leva a **acessos diferenciados**, quer seja por desorganização, desvinculação dos serviços, quer seja por favorecimentos que a proximidade entre o usuário e os gestores do SUS produz. O efeito que o dizer produz, então, é o de que uma parte da população tem tido acesso diferenciado ao SUS e esse acesso só é possível pela desorganização do próprio sistema ou pela prática de favorecimentos ilícitos. É preciso, contudo, perguntar a que parte da população os acessos diferenciados beneficiam: a grande parte da população que de fato necessita de atendimento ou uma pequena parte que tem condição de pagar pelos serviços, mas que, apostando na desorganização/desvinculação do sistema ou valendo-se de conhecimento com os gestores, beneficiam-se de acessos diferenciados?

2.2.4 – As Conferências Nacionais de Saúde no governo atual

A 12ª Conferência Nacional de Saúde, com o tema *Saúde: um direito de todos e dever do Estado – a saúde que temos, o SUS que queremos*, denominada também de Conferência Sérgio Arouca³², ocorreu no período de 07 a 11 de dezembro de 2003, em Brasília (DF) e contou com a presença de quatro mil pessoas, sendo três mil delegados e mil observadores. Houve ainda a participação de representantes de órgãos públicos, entidades de classe, conselhos profissionais de saúde, entidades da sociedade civil e usuários. Essa Conferência foi antecipada em um ano, para que suas propostas pudessem servir de base para as ações do governo Lula (2003-2007), que estava se instalando. O Conselho Nacional de Saúde, pela primeira vez, foi responsável pela organização dessa conferência.

O arquivo da 12ª Conferência Nacional de Saúde, utilizado aqui como material simbólico a ser analisado, é composto inicialmente pelos discursos oficiais de abertura,

³² Essa denominação foi uma homenagem ao então Secretário de Gestão Participativa do Ministério da Saúde e coordenador-geral dessa CNS, que faleceu em agosto de 2003, antes da sua realização. Arouca era médico sanitário e teve uma relevante importância para a saúde pública brasileira, pois lutou pela redemocratização do país e pelo acesso universal à saúde, além de ter sido um dos idealizadores e líderes do movimento social da Reforma Sanitária.

pelos textos dos 10 (dez) eixos temáticos que subsidiaram o evento (todos com uma Introdução e suas respectivas Diretrizes Gerais); há também o registro das Moções que foram apresentadas posteriormente a essa Conferência, os dados da Comissão Organizadora, e finalmente os Anexos (com a programação desse evento e a lista das datas de realização das Conferências Estaduais de Saúde, que foram encontros que antecederam a 12ª Conferência Nacional de Saúde).

Naquela oportunidade, o Ministro da Saúde era o médico Humberto Costa (PT), um dos criadores, em 1980, do Partido dos Trabalhadores de Pernambuco. Humberto Costa começou sua vida pública em 1975, ainda no movimento estudantil da Universidade Federal de Pernambuco e depois de formado, presidiu a Associação Pernambucana de Médicos Residentes e foi primeiro-secretário do Sindicato dos Médicos de Pernambuco. Podemos inferir, pela época de sua inclusão na vida pública e pela sua filiação a uma posição política esquerdista, que o ministro Humberto Costa vivenciou o auge dos movimentos sociais da saúde da década de 80. Esses movimentos tiveram forte influência na redemocratização do país e também no novo modo de se fazer saúde no Brasil.

Em seu discurso de abertura da 12ª CNS, intitulada “Aqui é permitido sonhar”, o então, Ministro da Saúde disse:

O Sistema Único de Saúde é uma **conquista** da sociedade brasileira. Ele é **fruto da luta** por um sistema de saúde que atenda a **toda a população, sem nenhum tipo de discriminação**. Hoje, o SUS é a maior política de **inclusão social** existente no País.

No entanto, **não é possível ignorar os seus paradoxos**: de um lado, temos **serviços de excelência** disponíveis para todos os cidadãos, como transplantes, tratamentos oncológicos, acesso a medicamentos para aids; por outro lado, há uma enorme dificuldade de acesso aos **serviços básicos, de urgência, às consultas**. Não é possível esconder essa realidade, pois somente enfrentando esses problemas iremos garantir a qualidade dos serviços. (BRASIL, 2004, p. 13. Grifos nossos).

Antes de procedermos com a análise do excerto, ressaltamos que o sujeito para a Análise de Discurso, como já vimos mostrando, é pensado como “posição” (Orlandi, 2007a). Sendo assim, o ministro, enquanto formulador do dizer, não se marca pela sua subjetividade, pela sua individualidade psicológica, mas sim pelo “lugar” que ele ocupa para ser sujeito daquilo que diz.

Nessa direção, na formulação que nos serve de recorte para essa análise, o sujeito que a formula ocupa um “lugar” social de ministro de governo, assim, o que se espera dele é que sua formulação produza sentidos condizentes com o dizer do Estado. No entanto, o ministro, ao formular que o SUS é uma **conquista, fruto da luta** da sociedade brasileira, faz funcionar uma posição sujeito-militante, fazendo rememorar sua vida de militância nos movimentos sociais da década de 80, produzindo efeitos que colocam o seu dizer “do lado” da sociedade. Esse funcionamento é recorrente no discurso do Partido dos Trabalhadores (PT) que, ao se colocar como Estado, não perdeu a sua posição de militante, colocando o seu dizer sempre do lado da sociedade e contrário ao Estado, que é ele próprio. Assim, o SUS é uma conquista da sociedade brasileira contra aquele que sempre impediu essa conquista: o Estado, mas não o Estado atual, uma vez que só **hoje**, leia-se em um governo petista, o SUS se constituiu na maior política de **inclusão social** existente no País.

Do mesmo modo que a AD faz distinção entre lugar e posição, ela nos lembra também que o modo como o sujeito ocupa essa posição discursiva não lhe é acessível, consciente. Nessa direção, a formulação do ministro é a de alguém que, mesmo estando no “lugar” de governo, produz efeitos de sentido que o associam a uma posição-militante, tornando visível a posição de onde ele formula: fala em nome do Estado, mas coloca-se como militante de uma posição partidária que o constitui, a do Partido dos Trabalhadores, assim, o efeito que ele produz é o de alguém que fala enquanto membro da própria sociedade lutadora que ele formula.

Desse modo, um ministro do governo, integrante de um partido político de esquerda³³, o PT, ao trazer a **luta** da sociedade brasileira como fator embrionário (**fruto**) para o surgimento do SUS, faz trabalhar o interdiscurso, a memória discursiva, marcando o dizer como algo que tem história e que faz falar uma formulação com a outra de modo a constituir-se como um fio constante. Como diz Orlandi (2007a, p. 50), “[...] os sentidos não se esgotam de imediato. Tanto é assim que fazem efeitos diferentes para diferentes interlocutores. Não temos controle sobre isso. Mas tentamos”.

Se o dizer carrega uma historicidade ele carrega também uma contradição, pois os sentidos são repetidos, rememorados, atualizados, re-significados. O dizer do ministro coloca em cena os movimentos sociais da década de 80, que lutaram pelo fim

³³ Movimentos políticos esquerdistas são aqueles que apoiam uma mudança no enfoque social e no governo em exercício, e buscam uma sociedade igualitária.

da ditadura militar e pela redemocratização do país. Como dito anteriormente, esses movimentos foram os responsáveis pelos embates políticos que possibilitam a configuração diferenciada da 8ª Conferência Nacional de Saúde, ocorrida em 1986, e também a luta e vigília para a inclusão da saúde como direito fundamental do ser humano, através do item “Da Saúde”, na Constituição de 1988, o que abriu caminho para a criação da Lei Orgânica da Saúde (nº 8.080/90), que subsidia e funda o SUS.

O ministro, com esse dizer, torna os movimentos sociais responsáveis pela implantação do SUS e a sociedade a mãe desse sistema, sendo assim, por um efeito de contraponto, o ministro retira do Estado a autoridade do sistema, responsabilizando o próprio sistema pelos rumos que ele pode ter ao longo de sua existência. Ou seja, o SUS é referido como algo emanado do povo, fruto do empenho e desejo da sociedade. Com essa formulação, nega-se ao governo a responsabilidade pela criação do sistema, abrindo mão de que sua existência se dá por uma estratégia política do Estado.

Nessa mesma linha, ao apresentar o **paradoxo**, que naquela oportunidade e ainda hoje, é parte integrante do funcionamento do SUS, o ministro dá visibilidade a um efeito de antítese também, para o sujeito-alvo da saúde brasileira.

Senão, vejamos. Ao apresentar os serviços de **excelência**, o ministro afirma como usuário um número menor da população, ou seja, um usuário mais específico, assim, apresenta um sujeito-alvo da saúde que não se compõe somente por pessoas carentes, mas também por aquelas que possuem condições de pagar por seguros e planos de saúde privados (cujos contratos não cobrem, em sua maioria, o usufruto dos ditos serviços especializados, por serem eles, os mais caros).

Na outra ponta desse paradoxo, por um efeito de comparação, o ministro apresenta os **serviços básicos, de urgência, as consultas**, atendimentos estes que servem basicamente a grande massa da população, a grande maioria dos brasileiros, e em especial, aos menos favorecidos financeiramente, e que, portanto, não podem pagar por seguros e planos de saúde privados. Desse modo, os usuários dessa ponta do paradoxo são aqueles que ficam em grandes filas, “mendigando” por quaisquer atendimentos, nos diferentes âmbitos de atenção à saúde do SUS.

A 13ª Conferência Nacional de Saúde foi realizada em Brasília (DF), nos dias 14 a 18 de novembro de 2007, no segundo mandato do governo de Luiz Inácio Lula da Silva (2003-2010), eleito Presidente da República pelo Partido dos Trabalhadores (PT). A posse de Lula à Presidência se deu em 01 de janeiro de 2003, e foi marcada na

história do país, por ter sido a primeira vez que um ex-operário chegou ao cargo presidencial.

A 13ª CNS contou com a participação de 4.700 pessoas, dentre delegados, observadores e convidados. Na época de sua realização, o então Ministro da Saúde era o médico sanitarista José Gomes Temporão (PMDB).

Ao proferir o discurso de abertura da 13ª Conferência o então ministro da saúde, José Gomes Temporão, afirma:

Todo cidadão brasileiro, não importando sua classe social, etnia ou gênero, **das mais isoladas comunidades amazônicas às superpopulosas megalópoles** do Brasil, é usuário do Sistema Único de Saúde. Uma das **características** mais importantes do nosso Sistema Público de Saúde é a **grande capilaridade de suas atividades e atribuições** que complementam a sua seara: **promover a saúde do povo do Brasil** (BRASIL, 2008, p. 07. Grifos nossos).

Vejamos que o ministro produz um deslocamento sobre os sentidos de sujeito usuário da saúde, uma vez que o ministro ao utilizar o pronome **todo**, que por sua classificação gramatical já se coloca como indefinido, produz, ao mesmo tempo, um deslizamento de sentido, quando especifica quem é esse **todo**: o sujeito-usuário do SUS, não importando sua **classe social, etnia ou gênero**, e nem tampouco a sua localização geográfica no país: **das mais isoladas comunidades amazônicas às superpopulosas megalópoles do Brasil**. Assim, ao uniformizar o usuário ele produz um apagamento das diferenças sociais, étnicas, sexuais, bem como as diferenças abissais entre as regiões do país e suas necessidades, pois, como é do conhecimento de todos, o desfavorecimento econômico, intelectual, entre outros, de algumas regiões do país são marcadamente colocados. Desse modo, as populações das regiões norte, nordeste e centro-oeste do país, bem como a renda *per capita* dessas regiões, não se comparam com a das regiões sul e sudeste. Ou seja, ao apagar as diferenças o ministro produz um efeito de homogeneidade do povo brasileiro, de modo a tratar como igual o que é tão diferente.

Do mesmo modo, quando o ministro utiliza a expressão **Sistema Único de Saúde**, em um primeiro momento, para depois derivá-la para **nosso Sistema Público de Saúde**, o efeito que ele produz, através desse deslizamento metafórico, é o de que a palavra substituída – **único** por **público** – precisa ser precedida pelo pronome possessivo **nosso** para assegurar ao usuário a sensação de pertencimento ao sistema de saúde do país.

Ainda, segundo o recorte, ao tomar o **nosso Sistema Público de Saúde**, o ministro diz da **grande capilaridade** que compõe a **seara**³⁴ do SUS, produzindo o efeito de preocupação com a **promoção da saúde do povo do Brasil**. Vejamos que o recurso recorrente de metáforas – como **capilaridade**, **seara** – produz o efeito que o discurso do ministro quer atingir, ou seja, o de espalhar a saúde ao povo brasileiro através de atividades e atribuições que, como vasos capilares, se estendem por toda a terra brasileira. Esse funcionamento tem o mesmo efeito de apagamento das diferenças produzidas pelo ministro.

Ao final deste capítulo, queremos, para produzirmos um efeito de coesão dos diferentes momentos das CNS analisadas, ressaltar o que se colocou como regularidade em todas elas, visando a dar visibilidade aos funcionamentos mais gerais, a partir do que foi sendo compreendido nos recortes analisados:

- desde a primeira à última conferência demos visibilidade ao efeito de sentido de didatização presente em todo o material de análise, o que mostra uma dissimetria entre aquele que administra a saúde pública no Brasil e aquele que deve ser administrado por ela, o sujeito usuário do SUS. Ou seja, uma dissimetria que se marca por aqueles que detêm o saber/poder sobre a saúde e aqueles que são os sujeitos-alvo dela.
- uma marca recorrente em todas as Conferências foi a forte presença do discurso religioso, marcando, por um lado, aqueles que podem proteger e, por outro, os que devem ser protegidos. Assim, temos o discurso da proteção, da doação, do amor ao próximo fortemente instalado nas Conferências.

Outro ponto importante, que pudemos observar em nossa pesquisa, e que produziu significativa mudança no modo de funcionamento das Conferências Nacionais de Saúde, foi a inclusão da participação da sociedade nos debates, direcionamentos e proposições para a área da saúde, ocorrida na 8ª CNS, em 1986. Essa é uma das razões que faz dessa Conferência, uma Conferência-Mãe, um evento referência para a saúde pública brasileira. Anteriormente, as Conferências vinham mantendo o seu caráter estritamente intergovernamental, e devido ao surgimento de um fervor nacional em prol da redemocratização do país, vivido no fim do regime militar, os movimentos sociais conseguiram, através de mobilizações e lutas, incluir, a partir de 1986, a participação popular nas deliberações desses eventos.

³⁴ Palavra utilizada em sentido metafórico e que significa “terra em que se semeia depois de lavrada”

Ressaltamos, finalmente, que recortamos diferentes momentos históricos do país, o que implica em diferentes efeitos sobre os modos de se fazer saúde. No entanto, salvos os deslocamentos, essas são as principais regularidades que se estabeleceram entre as primeiras e as últimas Conferências, passando pelo período militar e pela fase de transição da saúde pública brasileira.

III. DO GLOBAL PARA O LOCAL: A MANUTENÇÃO DO CARÁTER PEDAGÓGICO NAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE

Trazemos também, como forma de dialogar com esse caráter autoritário, pedagógico e homogeneizante das Conferências, uma Cartilha do Usuário do SUS que circulou nas dependências do Hospital Regional de Cáceres, em 2001, quando de sua inauguração.

Para tanto, atendendo a um dispositivo da Análise de Discurso, faz-se necessário situar o leitor acerca da instituição de saúde, na qual esse material simbólico circulou, quando de sua divulgação. O Hospital Regional de Cáceres é uma instituição pública de âmbito estadual. Quando ele foi criado, o governo do estado de Mato Grosso inaugurou também, no interior do Estado, outros três hospitais regionais, localizados nas cidades de Rondonópolis, Colider e Sorriso. Pretendia-se, com isso, diminuir o número de casos que chegavam à capital do Estado, vindos dos mais distantes locais de Mato Grosso.

Até agosto de 2001, ou seja, antes da criação do Hospital Regional de Cáceres, a população cacerense e da região contava com atendimento de saúde pública, em nível terciário de atenção, dado pela Maternidade Santa Lúcia, que não se encontra mais ativa, e pelo Hospital São Luiz, que sendo privado e filantrópico, ainda hoje é referência no Sistema Único de Saúde (SUS). Essas instituições realizavam os procedimentos hospitalares, por meio de credenciamento junto ao Ministério da Saúde, para suprir demandas específicas. Concomitantemente aos atendimentos realizados pelo SUS, essas instituições também atendiam demandas particulares e de convênios, o que se mantém ainda no Hospital São Luiz.

O Hospital Regional de Cáceres é uma instituição que realiza atendimentos hospitalares, laboratoriais e ambulatoriais de caráter exclusivamente público, o que o caracterizou em 2001, como uma novidade no cenário da atenção em saúde da região oeste de Mato Grosso. Seu atendimento em saúde era referência para a cidade de Cáceres e para os vinte e dois municípios próximos. O hospital tem, atualmente, atendido também pessoas residentes no Estado de Rondônia e no país vizinho, a Bolívia.

Na época de sua inauguração foi criado um folder³⁵ informativo, a *Cartilha do Usuário*, com a finalidade de ser distribuído aos que ali frequentassem. A cartilha³⁶, enquanto “instrumento” de linguagem, tem como característica a praticidade na circulação, pois pode ser deixado em locais estratégicos na instituição, ficando, então, acessível a um número grande e diverso de pessoas. Assim, o folder ainda é visto nessa Unidade de Saúde, sobre os balcões da recepção, e especialmente nos locais de entrada da instituição, ou ainda sobre as mesas e mural da Sala do Serviço Social.

O folder, por sua característica de dobras, facilita a organização do fluxo de textos e imagens, sendo assim, possui a capacidade de agregar um volume maior de informações a serem transmitidas, do que, por exemplo, os panfletos, que também são comumente utilizados para esse mesmo fim. Nessa linha, por esse meio, busca-se atingir um dos objetivos do discurso pedagógico que é a “transmissão” do conhecimento científico. No entanto, lembramos Orlandi (2009, p. 153), que, quando tratou do discurso científico, deixou uma pergunta em aberto para que seu leitor refletisse: “Conhecimento se transmite?” Sendo assim, no caso específico desse material de análise, o que temos no folder, não é um discurso *da* ciência-saúde, mas um discurso *sobre* a ciência-saúde.



³⁵ Folder é um material gráfico impresso que se caracteriza por conter uma ou mais dobras. Folder, *tofold*, é uma palavra inglesa e significa dobradura.

³⁶ Apesar de receber o nome de *cartilha*, o formato do documento é o de um folder, pois apresenta as dobraduras que lhe são características. O termo cartilha se aplica apenas e tão-somente ao caráter educativo/informativo que o material apresenta.

O folder, por uma necessidade de propaganda e marketing, deve apresentar em sua capa uma motivação para que seu leitor sinta-se instigado a abrir as suas dobras e ter acesso a todo material. Nessa cartilha, na capa vê-se uma foto da fachada do Hospital, quando de sua inauguração, disposta de forma centralizada, e na parte superior, atendendo a uma recomendação do Ministério da Saúde (BRASIL, 1991), encontra-se a assinatura visual do SUS, que deve ser composta pelo símbolo e logotipo do SUS – Sistema Único de Saúde. E ainda, também fazendo parte dessa assinatura, aparece o nome da Secretaria de Estado, e na linha seguinte, com letras um pouco maiores, o nome do Hospital Regional Dr. Antonio Fontes. Na parte inferior da página, abaixo da foto, e escrita sobre um papel que imita um pergaminho, está anunciada a missão da instituição.

Por esse uso da missão na parte frontal do folder, podemos inferir que o enunciador, por um efeito de evidência³⁷, sente-se obrigado a dizer qual o propósito da existência institucional, devendo contemplar, nessa formulação, qual a responsabilidade, o compromisso que ela tem para com o público que irá atender.

Nessa direção, o uso do verbo **prover** dá-nos pista desse propósito, que ocorre pela entrada de uma formação discursiva religiosa, pois comumente este verbo é usado em dizeres religiosos, complacentes, esperançosos, como: “Deus proverá”, ou ainda, “É obrigação do pai prover o sustento dos filhos”, demonstrando a responsabilidade de um pai para com sua família. Assim sendo, por esse funcionamento, o Estado de Mato Grosso, coloca-se como o pai responsável, o que faz, aquele que tem como propósito acudir seus filhos (o sujeito-alvo da saúde) nos momentos difíceis. Porém, não são “todos” que são seus filhos, somente aqueles que estão na **região oeste de Mato Grosso**, ficando de fora, então, aqueles que residem em outros estados do país, como Rondônia, e mesmo em outros países, como a Bolívia. Assim, no dia-a-dia da unidade de saúde não ocorre aquilo que está delimitado pela sua missão, pois o hospital tem recebido um público muito mais abrangente do que aquele para o qual ele foi criado.

O fato de a missão estar escrita sobre uma forma que lembra a de um pergaminho, também produz efeitos de que o dizer passa por um atravessamento de uma formação discursiva religiosa, pois esse meio de escrita foi largamente utilizado na

³⁷ Como já dissemos anteriormente, esse efeito é produzido pela ideologia, que faz com que o sujeito, ilusoriamente, pense que ele é a origem do que diz e que o sentido produzido por ele é natural e único.

época do Império Bizantino por monges cristãos letrados que se dedicavam a cópia de textos antigos visando a garantir a sobrevivência desses textos. O pergaminho, por ser feito de peles de animais, possui uma nuance natural, sendo difícil a falsificação de seu conteúdo, além de garantir uma alta durabilidade para a escrita. Por essas razões, o pergaminho é usado para produção de obras e documentos importantes, sendo assim, a missão formulada nessa cartilha, torna-se também um dizer de grande relevância.



Internamente, a parte esquerda do folder destina-se à instituição, onde em sua parte superior, repete-se a assinatura visual do SUS, com exceção do nome da Secretaria do Estado de Mato Grosso, apresentando o nome da cidade: Cáceres- MT. A seguir, com letras maiores e negritadas, tem-se o título *Cartilha do Usuário*, que nomeia o folder e, tomando o espaço restante da página, há um enunciado, escrito com letras acobreadas e disposto dentro de uma moldura dourada.

Para procedermos à análise, lembramos que o texto não é uma sequência linguística fechada sobre si mesma, ou seja, com arranjos tão somente gramaticais, sintáticos. Os elementos linguísticos, em um texto, possuem o seu próprio funcionamento, porém este não é integralmente linguístico, mas também discursivo. Assim sendo, só podemos analisar um texto quando o colocamos “[...] em referência ao

mecanismo de *colocação* dos protagonistas e do objeto de discurso, mecanismo que chamamos ‘condições de produção’ do discurso”. (PÊCHEUX, 1990, p. 78). Ou seja, referimos o texto a um quantitativo de discursos possíveis, a partir daquilo que é apresentado por essas condições de produção.

Propomos então, enquanto recorte de análise nesta materialidade, o enunciado apresentado nessa parte do folder. A seleção desse material empírico se deu em função do estranhamento suscitado pelas palavras **Nós** e **usuário**, uma vez que o **Nós** remete à ideia de que se refere, no mínimo, a dois possíveis enunciadore – os gestores e/ou trabalhadores do Hospital, bem como a representação imaginária daquele sobre quem se formula, o **usuário**. Nessa perspectiva, parece-nos necessário mobilizar o conceito teórico de *Formação Imaginária*, visto que é esse o funcionamento presente no processo de interlocução travado em todo o folder.

Desse modo, perguntamos: quem se nomeia como o **Nós**? São eles, os trabalhadores do Hospital ou o Governo Estadual? Quais são as imagens que esses sujeitos se atribuem na produção do enunciado? Qual(is) discurso(s) permeia(m) o texto?

Partimos do entendimento de que não se pode falar do lugar do outro, mas, como diz Orlandi (2007a), pelo mecanismo da antecipação, o sujeito-autor (nesta materialidade – o **Nós**) prevê imaginariamente o lugar em que o outro (o **usuário** do SUS) recebe o seu dizer, sendo, assim, “levado” por esse imaginário, constituindo, na textualidade, um leitor virtual que lhe corresponde nessa interlocução.

As Formações Imaginárias, presentes nessa situação de interlocução, são referidas por Jakobson (1963 apud PÊCHEUX, 1990), que apresentou uma vantagem significativa nessa discussão, ao colocar em cena os protagonistas do discurso, propondo o esquema informacional e os “[...] fatores constitutivos de qualquer processo linguístico” (idem, p. 81). No esquema de Jakobson, A é o destinador e B é o destinatário na interlocução, porém, o autor toma a mensagem como transmissão de informação. No entanto, Pêcheux (1990, p. 82) desloca-se do entendimento do autor ao afirmar que “[...] o termo *discurso* [...] implica que não se trata necessariamente de uma transmissão de informação entre A e B, mas, de modo mais geral, de um ‘efeito de sentidos’ entre os pontos A e B”.

No material de análise, os elementos A e B correspondem, respectivamente, ao **Nós** e ao **usuário**, marcando lugares que são determinados em uma dada estrutura de

formação social. Esses lugares não são somente representados nos processos discursivos deste enunciado, mas colocados em jogo, transformados. São essas várias “[...] formações imaginárias que designam o lugar que A e B se atribuem cada um a *si* e ao *outro*, a imagem que eles se fazem de seu próprio lugar e do lugar do outro.” (idem, p.82).

O sujeito, ao formular, toma para si a palavra, colocando em funcionamento “[...] uma atividade estruturante de um discurso determinado, por falante determinado, para um interlocutor determinado, com finalidades específicas.” (ORLANDI, 2009, p. 53). Daí podermos inferir sobre o(s) discurso(s) que se faz presente nesta formulação, dando a ela essa condição estruturante, bem como a determinação – ou não – do falante e do interlocutor, com as finalidades a que propõe esta materialidade analisada.

O sujeito do discurso se apresenta, no enunciado analisado, como o **Nós** e também como as demais formas desta primeira pessoa do plural – **nosso**, **nos**. Examinaremos, então, as formações imaginárias que representam esse sujeito e as configurações que o determinam.

Indursky (1997)³⁸, ao analisar as formas de representação do sujeito, referencia-se nas afirmações de Benveniste (1966) de que o *nós* não é como um sujeito no plural, mas um *eu ampliado* que funciona de modo a dar possibilidade ao enunciador, integrando em seu dizer outros enunciadores. A autora afirma que este *nós* nos faz entendê-lo como uma não-pessoa discursiva, assim, “[...] corresponde ao referente lexicalmente não-especificado ao qual o eu se associa para constituir nós” (INDURSKY, 1997, p. 66-67).

Quando o sujeito formula utilizando o *nós*, vemos aí o “mais de um”, podendo, então, associar-se a referentes diversos, sem especificá-los linguisticamente, dando margem a ambiguidades. Como o *nós* serve a esse propósito de não especificação, apontamos que nesta materialidade analisada o sujeito é aquele que tanto pode ser o governo ou os trabalhadores da instituição, ou ambos, ou outros.

Vemos que no **Nós** fala a voz do governo estadual, mas também falam os demais membros deste Hospital. Este sujeito do dizer, que se coloca como porta-voz da instituição que representa, permite que os outros sujeitos da instituição saiam do anonimato, dando-lhe o direito de representar a coletividade desse espaço público

³⁸ Para mais informações, ver o trabalho da autora sobre os discursos dos presidentes militares da Terceira República em *A fala dos quartéis e as outras vozes* (INDURSKY, 1997).

institucional. Em relação ao sujeito que formula temos, então, não só uma indefinição, mas também uma ambiguidade possibilitada pelo uso do **Nós**.

Quanto ao **usuário**, presente neste texto, podemos dizer que o sujeito que nomeia o folder como **Cartilha do Usuário**, produz pistas que nos levam a projetar a imagem que este atribui ao seu leitor, ou seja, aquele para quem dirige o seu dizer.

De maneira breve, ao buscarmos o significado da palavra “cartilha”, em dicionários virtuais da língua portuguesa, encontramos no Dicionário Aurélio: “Livro para ensinar a ler. // Rezar ou ler pela cartilha (de alguém), ter as mesmas convicções; seguir as ideias, as teorias, os métodos (de uma pessoa): ele reza pela minha cartilha.” Ou no Dicionário Michaelis: “*sf*(*carta+ilha*)² 1 Livrinho em que se aprende a ler. 2 Tratado elementar de qualquer matéria. 3 Compêndio de doutrina cristã.” Ou ainda, no Dicionário Priberam: “s. *f*.1. Livro dos primeiros rudimentos de leitura. 2. Compêndio de doutrina cristã. 3. *Por ext.* Tratado elementar.”

Sendo assim, podemos afirmar, em um primeiro momento, que a palavra “cartilha” remete à ideia da utilização de uma dada metodologia para ensinar alguém sobre algo que este, por conseguinte, não sabe ou ainda não tem conhecimento.

Nesta materialidade linguística, essa metodologia própria a um trabalho pedagógico/educacional, é apresentada pelas marcas linguísticas da forma didática que o sujeito do dizer utiliza para elencar, citando ponto a ponto, as informações no texto.

O sujeito, para quem o enunciador dirige o seu dizer, é marcado em **usuário**, **sua**, e **lo**. Para tratar da formação imaginária em jogo nesta formulação, o tema da **cartilha** dá visibilidade à imagem que o sujeito do dizer faz do seu interlocutor, ou seja, aquele que, mesmo sendo **a razão de ser do estabelecimento**, é não-sabedor, necessitando, assim, de uma **cartilha**, ele é aquele que é marcado linguisticamente como quem **tem direito**, mas que necessita do sujeito do dizer – daquele que se anuncia como o seu protetor: **comprometemos em protegê-lo**.

Ainda trabalhando questões relacionadas ao sujeito para quem se dirige o dizer, podemos remeter este texto a outras possibilidades discursivas, pois, em se tratando de discurso, não temos uma unidade definitiva, uma vez que um dizer pode levar a outros dizeres. Um discurso retoma dizeres de outros momentos e de outros lugares, ou seja, o dizer inscreve-se no interdiscurso que é, segundo Orlandi (2007a, p.33), “[...] todo o conjunto de formulações feitas e já esquecidas que determinam o que dizemos”.

No texto analisado, o dizer da cartilha inscreve-se em uma memória discursiva, em um interdiscurso que remonta à Declaração Universal dos Direitos Humanos, promulgada em 10 de dezembro de 1948. Este documento, em seu preâmbulo, aponta a necessidade de promover os direitos inerentes a todos os seres humanos, tais como a liberdade da palavra, da crença, da vida a salvo do temor e da necessidade, da autonomia, da justiça, da paz e da dignidade. A Cartilha é, desse modo, espaço de formulação parafrástica de muitos dos direitos preconizados pela Declaração. Da mesma forma que esta, a Cartilha apela a todos e ao Estado de Direito, em especial, no sentido de proteger esses princípios, promover relações amistosas, evitando a exposição do ser humano à tirania, à opressão.

O texto do folder, como já tivemos a oportunidade de apontar, faz também inscrição em uma formação discursiva³⁹ jurídico-religiosa, marcada pelas formulações: “[...] o usuário é a **razão de ser** do nosso estabelecimento, portanto **tem direito ao respeito de sua autonomia**, de sua **dignidade**, de sua **reputação**, de sua **liberdade de expressão e religiosa**, assim nos comprometemos em **protegê-lo** de qualquer forma de discriminação ou exploração”.

Desse modo, a formulação, ao apresentar o usuário como a **razão de ser do estabelecimento**, produz efeitos de desígnio para o surgimento institucional, como se o hospital estivesse *predestinado* a servir o usuário, desde antes de sua criação, assegurando-lhe direitos que historicamente lhe são negados. Assim, formular que o usuário terá **liberdade de expressão e religiosa**, além de registrar o **compromisso** do hospital em **protegê-lo**, marca funcionamentos que são da ordem do discurso jurídico-religioso, ambos se configurando em modos autoritários do dizer. Trata-se, pois, de funcionamentos que reiteram a necessidade de tutelar o usuário, que é tomado como aquele que desconhece os ditames da saúde pública.

É importante salientarmos que a adesão do enunciado a uma determinada formação discursiva

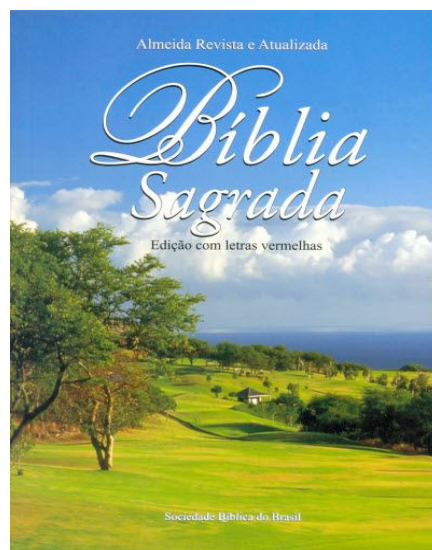
[...] se dá em um nível inconsciente, uma vez que os sujeitos teriam a ilusão de ser a fonte de suas decisões. No entanto, a AD entende tal ilusão como resultado da interpelação, modalidade do funcionamento da ideologia que faz do sujeito um sujeito ideológico, o qual ocupa

³⁹ “As formações discursivas podem ser vistas como regionalizações do interdiscurso, configurações específicas dos discursos em suas relações” (ORLANDI, 2007a, p. 43).

lugares historicamente constituídos sem se dar conta disso. (FOSSEY, 2005, p. 970)

Além do mais, em todo dizer se estabelece um jogo entre os locutores, garantido pelo mecanismo de antecipação (ORLANDI, 2007a)⁴⁰, sendo assim, o **Nós** do Hospital Regional ao formular, “prevê” o lugar de onde seu interlocutor – o usuário do SUS – irá ouvir as suas palavras, e vai assim, regendo o modo do dizer, regulando a argumentação, buscando produzir os efeitos que “pensa” poder construir no outro. Sendo assim, no enunciado que apresentamos, o usuário do SUS está posto, nesse jogo enunciativo, como aquele que **tem direito ao respeito**, como **a razão de ser** do hospital, mas que necessita do outro – o Nós – que é quem sabe/pode garantir a ele esse direito. Com esse dizer, instalam-se sentidos também, para o enunciador, dito como aquele que pode/sabe proteger, amparar o usuário, enfim, como aquele que sabe/pode mais.

Outras pistas, nessa materialidade, que podem nos remeter à essa formação discursiva religiosa é a letra diferenciada, o **N**, que foi utilizada no início do enunciado que analisamos, pois esse desenho nos remete à ideia de oração, ou àquelas letras utilizadas para referir-se a dizeres bíblicos e/ou espirituais. Como podemos ver, nessa capa de uma Bíblia.



⁴⁰ Essa noção foi trabalhada na página 36 dessa pesquisa.

Toda a formulação, que ora analisamos, está disposta na Cartilha, em letras acobreadas dentro de uma moldura dourada, caprichosamente modelada e que, assim, nos remete a arranjos gráficos que também são utilizados em outros elementos religiosos, como por exemplo, nesse porta-bíblia.



Outra marca linguística se faz também pela própria definição de cartilha, retirada dos dicionários virtuais, que apresentamos anteriormente, pois direcionam o sentido da palavra para “compêndio de doutrina cristã” e “rezar pela cartilha”.

Há, então, instalado na Cartilha, um jogo discursivo entre o **Nós** e o **Usuário**, que materializa relações de poder, de hierarquia e de subordinação ali estabelecidas. Há, então, a voz de autoridade da instituição hospitalar que regula e estabelece as imagens que o locutor A (Nós do Hospital) tem do interlocutor B (Usuário do SUS), ou seja, ao sujeito-alvo da saúde fica sempre uma imagem de fragilidade, de não sabedor, de ignorante, de necessitado daquilo que o **Nós** pode e sabe oferecer-lhe. Em contrapartida, a imagem que o locutor A faz de si mesmo é daquele que tem o poder, a capacidade de proteger e de garantir os direitos de seu interlocutor B. Essa imagem discursiva surge a partir dos atravessamentos que se instalam nesta formulação analisada, advindos da paráfrase da Declaração Universal dos Direitos Humanos e das formações discursivas religiosa e pedagógica. Assim, as discursividades da cartilha, produzindo efeitos de autoritarismo, nos permite compreender as relações que se estabelecem entre os sujeitos (os que podem dizer e os que devem ouvir) e os sentidos no espaço do Hospital. As relações que ali se estabelecem são reiteraões dos modos como a saúde pública é pensada e administrada no Brasil.

Vejamos mais um recorte da Cartilha:



Na parte interna do folder, em sua página central consta novamente a Missão do Hospital e, de forma elencada, modo próprio do discurso pedagógico, são apresentados os serviços e exames oferecidos por este estabelecimento, bem como a sistematização necessária para se ter acesso a eles. Na parte inferior dessa folha, há uma foto de um atendimento realizado pelo SIATE e ao lado um enunciado “Em caso de acidente de trânsito ligue para: SIATE 193”, juntamente com a logomarca do Corpo de Bombeiros e do SUS.

Como vimos afirmando, o texto, nesse folder, constitui-se em uma materialidade atravessada também por um discurso pedagógico, e sendo assim, trazemos o referente, ou seja, o objeto do discurso, que nesse caso é a saúde, e seus interlocutores, como pontos a serem discutidos a partir de agora. Pensando o discurso pedagógico como um exemplar do discurso autoritário, lembramos que, sendo assim “[...] o referente está ‘ausente’, oculto pelo dizer; não há realmente interlocutores, mas um agente exclusivo, o que resulta na *polissemia contida* (o exagero é a ordem no sentido em que se diz ‘isso é uma ordem’, em que o sujeito passa a instrumento de comando).” (ORLANDI, 2009, p.15-16).

Nessa *cartilha do usuário*, observamos uma relação desigual, hierárquica, de dominação do enunciador para com o sujeito alvo da saúde, pois o uso excessivo de verbos na forma infinitiva apresenta uma série de ações que serão determinadas por um sujeito que sabe, que detém o conhecimento científico e que, apropriando-se dele, pode impor ao sujeito que não sabe. Vejamos um recorte da cartilha na qual essas formas verbais se marcam:

Prover a região oeste de Mato Grosso [...].

Obter informações claras [...].

Exigir que todo material utilizado [...].

O emprego desses verbos produz efeitos de que aqueles que os enuncia fala com segurança, como conhecedor do que fala, como aquele que pode **prover, garantir, solicitar, trazer**, mas pode, ao mesmo tempo, **exigir, requerer, obter, informar**, etc. Ou seja, são ações que serão tomadas por aquele que sabe, que tem o poder, em relação ao desconhecedor, ao despoderado.

Um funcionamento recorrente na cartilha é o de usar verbos precedidos pelo advérbio de negação **não**, marcando, pela voz que sabe o que dizer/fazer, as interdições para aqueles que não sabem e que precisam ser orientados/ensinados.

Ao subir e descer a rampa seja cauteloso, **não corra**; [...].

Não sente no chão e **não deixe** que as crianças brinquem se arrastando pelo chão.

Pra evitar infecção hospitalar: em enfermaria de pós-parto, **não amamentar** [...] **não colocar** pertences no banheiro; **não usar** o mesmo banheiro das crianças.

Como nosso hospital não é responsável pelos objetos perdidos ou furtados, **não portá**-los durante o período de internação; [...].

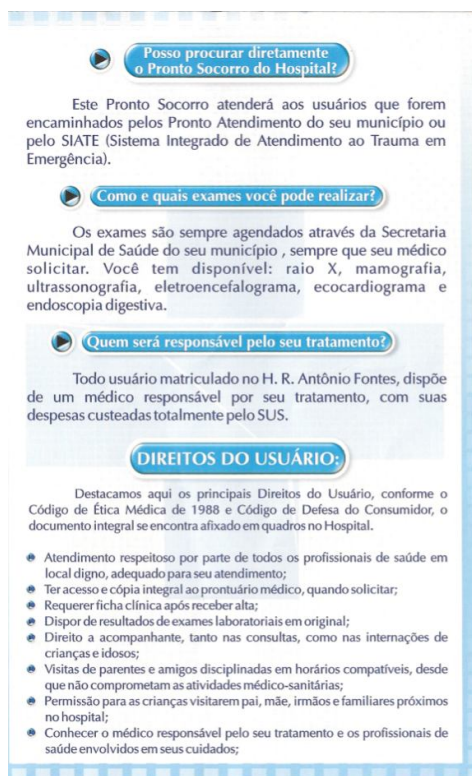
Esse mesmo funcionamento se verifica em formulações do tipo **é proibido e é obrigatório**. Com esse movimento, além de o sujeito autorizado a dizer interditar e ditar as ações do usuário, produz-se um outro efeito: o de que o administrador do Hospital espera, de antemão, do sujeito-alvo da saúde, comportamentos inadequados, necessitando, portanto, prevenir, antecipar e corrigir os possíveis erros para evitá-los. Trata-se de marcas no texto que apontam para a crença no fracasso, no desempenho ineficaz do sujeito-usuário, sendo, portanto, necessário cerceá-lo, conduzi-lo, limitá-lo de modo a levá-lo à utilização adequada dos serviços de saúde que a ele são oferecidos.

Para o seu conforto e segurança, **é proibido** fumar em nosso hospital, [...].

Para usuários com até 15 anos de idade, **é obrigatório** trazer a Carteira de Vacinação.

Assim, ao sujeito-alvo da saúde cabe o poder relativo, ou seja, aquele de obedecer, assujeitar-se ao modo que lhe é ofertado, sem espaço para questionar. Por esse funcionamento, o sujeito do dizer determina aquilo que deve/pode ser feito e restringe/aniquila outros comportamentos, que são por ele, avaliados como inadequados.

Esse funcionamento está presente em toda a Cartilha, senão vejamos:



Na página à direita da parte interna do folder, há ainda informações sobre os procedimentos que devem ser tomados pelo usuário para se ter acesso aos serviços do Hospital. Na parte inferior dessa página se anunciam os principais Direitos dos Usuários, instalados a partir do Código de Ética Médica, de 1988, e o Código de Defesa do Consumidor.

Ainda referindo-se ao discurso pedagógico, podemos verificar o uso de **matriculado no H. R. Antônio Fontes**, para expor a situação de todo o usuário que dá entrada nessa Unidade de Saúde, o que nos remete à ideia de efetuação de uma matrícula escolar, condição necessária, no Brasil, para que um sujeito frequente uma escola, que é o local próprio ao funcionamento do discurso pedagógico. Sendo assim, por efeito de comparação, podemos dizer que assim que um usuário adentra a porta de entrada desse hospital, passa a ser responsabilidade dessa instituição o fazer saúde, ou melhor, o fazer educação em saúde, para todos os que ali, são **matriculados**.

Uma das marcas desse funcionamento de transmissão da informação, presentes na textualização de um discurso pedagógico, é o uso de terminologias que garantam ao dizer a legitimidade de um efeito-ciência, dando ao leitor a ilusão de que ele está se apropriando desse conhecimento científico, e não da informação que da ciência emana.

Em nosso material de análise, percebemos essa estrutura discursiva que busca a valorização científica do dizer, quando se apresentam os **Direitos dos Usuários**, utilizando-se da garantia que é dada: **o Código de Ética Médica de 1988 e Código de Defesa do Consumidor**. Na nossa sociedade, essas instituições, a do saber médico (CFM) e a do saber jurídico (PROCON), são representativas de um valor científico legitimado e a eficácia de seu uso, nessa formulação, se dá por conta da encenação⁴¹ que é o que sustenta, nesse caso, a credibilidade que se busca no/pelo dizer científico.

⁴¹ Maingueneau (1987 apud ORLANDI, 2009, p. 154) diz que essa cenografia discursiva que se constitui pelo eu/tu-agora-aqui do discurso é entendida “pelo fato de que o que funciona no discurso são relações que se produzem em um mecanismo de substituições”.



A primeira página da parte externa do folder ainda traz os Direitos dos Usuários que se iniciaram na página anterior, e também, de forma elencada, são formulados os Deveres dos Usuários. Na parte inferior, há informações sobre o Planejamento da Alta hospitalar.

Quanto ao modo como os Deveres dos Usuários são formulados, chama-nos a atenção o fato de se dar a esse dizer e aos marcadores de sua lista, uma cor diferenciada, apresentada mais para o tom vermelho, que produz efeitos, pelo que a memória conforma, de algo proibitivo, assim como a luz vermelha dos semáforos no trânsito, ou ainda como algo perigoso, como os símbolos que denotam acidentes, como fogo/incêndio. Esse recurso produz efeitos que fazem “saltar” de todo o texto, aquilo que para o sujeito do dizer é mais relevante, o que é o mais importante para ser gravado, aprendido, decorado pelo sujeito-alvo da saúde, para quem se dirige esse dizer.



Finalizando, na página central da parte externa do folder, há um enunciado que faz um chamamento aos familiares dos usuários do SUS para a doação de sangue. De maneira centralizada, nesta folha, é apresentada uma foto demonstrativa dessa doação. Consta abaixo, também, a indicação de que a responsabilidade pela elaboração desse material é do Governo do Estado de Mato Grosso, através da Secretaria de Estado de Saúde, e também do Grupo de Gestão Hospitalar do Hospital Regional de Cáceres Dr. Antonio Fontes.

Nessa foto é utilizada a imagem de um artista da televisão brasileira, mais especificamente, de um artista da Rede Globo de Televisão, que pela representatividade social que esse meio de comunicação tem na sociedade brasileira, produz um efeito de valorização, não só para o comportamento voluntário de doação, mas também para os sujeitos voluntários que eventualmente podem a ele se submeter. Assim sendo, o sujeito do dizer produz, eficazmente, um efeito de identificação entre os mais importantes, os artistas – os que têm **esclarecimento, amor e cidadania** – para com aqueles que não sabem, ignoram, e assim, não são cidadãos – os sujeitos-alvos da saúde.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Todo o incômodo gera movimento, sendo assim, conforme apresentamos no início desse estudo, o Mestrado em Linguística da UNEMAT nos proporcionou o *encontro* com a Análise de Discurso, que, por seu modo peculiar de conceber a linguagem, possibilitou em nós o surgimento de um novo “olhar” para os dizeres que circulam sobre a saúde, especialmente no Hospital Regional de Cáceres-MT *Dr. Antonio Fontes*. Essa compreensão nos permitiu ainda perceber a impossibilidade do aprisionamento dos sentidos apenas nas palavras.

Com o desenvolvimento diário do nosso trabalho nesta instituição hospitalar e com as leituras necessárias para um melhor desempenho de nossas atividades técnicas, foi surgindo em nós a expectativa de ver assegurado para o usuário do SUS *o seu espaço* – nas instituições de saúde; *o seu desejo* – nas decisões sobre a assistência em saúde que recebe; *a sua voz* – nas deliberações nos modos de se fazer saúde pública no país. Essa expectativa ancora-se no fato de que, nas formulações balizares do SUS, há uma discursivização acerca da valorização desse sujeito-usuário, colocando-o, por um efeito de evidência, no centro do sistema.

Nessa direção, nosso incômodo se ancorava na constatação, que se fazia cada vez mais presente no dia-a-dia do trabalho institucional, do pouco ou nenhum “espaço” destinado ao sujeito usuário do SUS, na saúde brasileira. Sendo assim, é que tomamos por material de análise os arquivos das quatorze Conferências Nacionais de Saúde, realizadas no país desde 1941, haja vista serem esses eventos públicos, ainda na atualidade, marcos da participação da sociedade e do controle social, na área da saúde do país.

Partindo, então, desse material, navegamos por suas discursividades buscando dar visibilidade ao modo como os dizeres ali presentes, vêm, por um processo histórico-ideológico, instituindo sentidos para o sujeito alvo da saúde brasileira, o agora, sujeito-usuário do SUS.

O caminho que percorremos nesse trabalho analítico – que se iniciou com a primeira Conferência Nacional de Saúde (1941) e estendeu até a última (2011) – trilhou por diferentes momentos sócio-históricos, que se configuraram em diferentes modos de funcionamento da governança do país. No entanto, seja no governo da Velha República, na Era Vargas, no Regime Militar, no Período de Transição ou nos Governos

Democráticos Atuais, compreendemos, pela nossa análise, que desde o início da instituição do fazer saúde pública no Brasil até a atualidade, este sujeito alvo tem sido considerado pelo Estado como um sujeito sem saber e sem poder para decidir os rumos da sua própria saúde.

Nesse sentido, por meio das Conferências Nacionais de Saúde, as políticas públicas de saúde foram sendo (re)elaboradas, ao longo desses setenta anos, tratando o sujeito alvo da saúde como um elemento numérico, genérico, colocando-o como o não-sujeito, à sombra, no anonimato, embora, as discursividades instaladas pelos órgãos de saúde tenham produzido sempre efeitos de evidência de que o sujeito usuário do SUS seja o centro de todas as suas proposições. Ao sujeito usuário do SUS impõe-se, por esse funcionamento discursivo, uma interdição de sua voz, de seu saber, de seu querer, pois para aquele que não tem identidade, também não sobra voz/vez. O seu dizer tem sido confiscado, sendo permanentemente falado pelo outro, por aquele *legitimamente* autorizado a dizer por ele, ou seja, os próprios modos de constituição do discurso médico, autoriza-o, através do seu saber e do seu poder, a falar pelo sujeito que atende, restando a este o assujeitamento a essa ordem discursiva.

Das primeiras Conferências Nacionais de Saúde àquelas do Regime Militar, pudemos observar que representantes-autores dos estados federativos, representantes do governo federal e técnicos da área da saúde, falaram *de/para/sobre* o sujeito alvo da saúde, instalando⁴², na saúde brasileira, um caráter hierarquizado na relação governocidadão. Ou ainda, dito de outro modo, são uns poucos do governo ditando como ser/fazer para muitos brasileiros.

Do mesmo modo, nas outras Conferências Nacionais de Saúde, mesmo nas dos Governos de Transição e Democráticos, a instituição política do sujeito alvo da saúde é permeada, necessariamente, pela exaltação de sua ignorância, da sua falta de conhecimento, mas, ao mesmo tempo, por reafirmá-lo como aquele que tem direitos. Por esse funcionamento discursivo, as políticas públicas de saúde vêm sustentando a necessidade de instalar e de fazer manter um caráter didático nos modos de se fazer saúde no país, pois, o sujeito, sendo tido como aquele que não sabe, torna-se facilmente o culpado pelo seu adoecimento e também pelo fracasso das ações e serviços do SUS.

⁴² Lembramos ao leitor que essa instalação ocorre pelo trabalho *eficiente* da ideologia, que é inconsciente ao sujeito por ela atravessado.

Como consequência, temos a desresponsabilização do Estado, uma marca recorrente em toda a análise que empreendemos, pois o governo, ao *ter* a voz, impõe, então, *o que* dizer, segundo seus próprios interesses. Ou, dito de outra maneira, o modo “correto/certo” de se fazer saúde é dito por esse outro – o governo – e não por aqueles que efetivamente a utiliza – os sujeitos usuários do SUS. Sendo assim, a imposição, pelo dizer do Estado, de **um único modo certo** de se fazer saúde no país, produz o silenciamento e o apagamento da grande diversidade cultural, econômica, social, educacional e assistencial da sociedade brasileira.

O funcionamento discursivo das Conferências Nacionais de Saúde, apresentado nesse trabalho, produz um efeito de homogeneização do povo brasileiro, e, portanto, do sujeito alvo da saúde. Assim, assujeita, eficazmente, a todos sob um único saber, instalando efeitos de que esses sujeitos são desconhecedores de qualquer outra prática de saúde eficaz, senão esta que vem sendo imposta. Esse funcionamento apaga toda a riqueza das medicinas alternativas, a base dos fitoterápicos, que o cidadão, alijado dos recursos da saúde, foi obrigado a desenvolver.

É devido a esses efeitos, que em suas políticas públicas e em suas práticas diárias institucionalizadas, a área da saúde no Brasil tem se utilizado de trabalhos fundados em estratégias educacionais, didatizadoras, pedagógicas, com a finalidade de ensinar, informar, instruir, transmitir, inculcar saberes, a um sujeito que não sabe e que, para manter-se sadio, depende/necessita do saber do Estado. Esses modos de funcionamento vêm sustentando a elaboração, o uso e a circulação de instrumentos didáticos/educativos, como cartilhas, folders, guias, manuais, panfletos e tantos outros artefatos, que servem à disseminação de *um* saber em saúde, ou seja, aquele legitimado pelo Estado.

Vemos, assim, a saúde como uma condição que só poderá ser alcançada, depois que o sujeito ignorante se fizer conhecedor do saber correto. Ou seja, por esse funcionamento discursivo, instalam-se efeitos de sentido não só para o sujeito, mas também para a saúde – ambos constituídos nesse efeito homogeneizador do dizer.

Nesse trabalho, pudemos observar que há, nas formulações das Conferências Nacionais de Saúde, a repetibilidade de uma dissimetria entre os interlocutores, pois, de um lado, está aquele que diz do lugar da administração da saúde pública e, na outra ponta, funcionando apenas como um receptáculo, está aquele que é o administrado, o sujeito alvo da saúde. Em outras palavras, essa dissimetria no discurso da saúde se

marca por dizeres que possuem como interlocutores, de um lado, uma pequena minoria que está no topo da pirâmide e que detêm o saber/poder sobre todos aqueles que, do outro lado, são a maioria que compõe a base da pirâmide social, os sujeitos alvo da saúde brasileira.

Nossa análise aponta ainda para a recorrência de um discurso tipicamente religioso que, produzindo os mesmos efeitos de dissimetria que o discurso pedagógico, atravessa o discurso da saúde, pois, por esse funcionamento discursivo, prevalecem efeitos de sentidos de que os sujeitos alvos da saúde brasileira precisam de proteção, de tutela, de cuidado, de zelo, demandando, necessariamente, que, de um dos lados, exista aquele que pode/sabe protegê-lo: o Estado, e aquele que necessita da proteção: o usuário do SUS. Esses efeitos de sentido de proteção, doação, compaixão, dádiva e, em contrapartida, de sujeição, vêm construindo modos de relação submissa do sujeito alvo da saúde para com seus cuidadores, sejam eles o próprio Estado ou os profissionais da saúde, investidos da função protetiva do Estado.

Nessa linha, esses modos de dizer a saúde, ancorados sempre em um discurso autoritário, de caráter pedagógico ou religioso, vêm produzindo um efeito *instrutivo* e/ou *divino* para a prática de saúde e para seus sujeitos. Esse funcionamento se sustenta em uma memória discursiva, que se mantém pelo trabalho eficiente da ideologia.

Ao findar nossa análise, sentimo-nos levados a dividir com o leitor as novas perguntas que foram, ao longo desse caminhar, se materializando diante de nós, causando-nos um efeito de incompletude para com o nosso trabalho. Nessa direção, queremos acenar para as novas possibilidades, para as novas frestas, os novos vãos que se abrem como espaços possíveis de interlocução e de análise nesse campo de confluência entre a Saúde e a Linguística.

Nesse sentido, perguntamos: quais rupturas podem ser feitas ou já estão sendo feitas nos modos cristalizados de se fazer saúde no país? Em que momentos, podemos observar – se é que eles existem –, “deságues” enunciativos como formas de resistência para o saber/poder do usuário do SUS? Em quais formulações, é possível vermos novos/outros sentidos para esses sujeitos, que não estes, que vêm sendo cristalizados pelo Estado? E ainda, caso o usuário do SUS tenha espaço para o seu dizer, esse viria investido de um “novo” saber ou o conformaria na mesma posição sujeito que vem se reproduzindo histórico-ideologicamente? A presença das formulações *dos* usuários do SUS no discurso da saúde causaria mudanças nos modos de se fazer saúde no país?

Essas são questões que se abrem em razão do silenciamento produzido sobre os sujeitos alvos da saúde. Além do mais, o Estado, ao dizer, na Constituição de 1988, que o sujeito-usuário do SUS tem direito à saúde, já o coloca em uma posição de passividade, de receptáculo, de algo a ser assistido por alguém. Sendo assim, essa situação de passividade já o institui como um sujeito sem voz, um sujeito ausente de qualquer deliberação sobre a sua saúde.

O que pudemos compreender, nesse nosso trabalho, são os modos de se fazer saúde no país, um modo que aparenta preocupação com o sujeito usuário do SUS, mas que, ao mesmo tempo, não lhe garante voz, não lhe garante participação, um modo que o ignora e o silencia em sua cultura. São processos que instalam sentidos e que produzem como efeito o flagrante fracasso das campanhas públicas de saúde no Brasil.

Referências Bibliográficas

ALMANACK do Laboratório Nutrotherapico para o ano de 1932. Rio de Janeiro, Dr. Raul Leite & Cia, fundado em 14.11.1921.

ALTHUSSER, L. **Aparelhos ideológicos de Estado:** nota sobre os aparelhos ideológicos de Estados. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1985.

ASSEMBLÉIA GERAL DAS NAÇÕES UNIDAS. **Declaração Universal dos Direitos Humanos**, de 10 de Dezembro de 1948. Disponível em: <http://portal.mj.gov.br/sedh/ct/legis_intern/ddh_bib_inter_universal.htm>. Acesso em: 11 de agosto de 2010.

BOESH, A. et.al. A interface necessária entre enfermagem, educação em saúde e o conceito de cultura. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, 2007 Abr-Jun; 16(2): 307-14.

BRAVO, M. I. S. Política de Saúde no Brasil. **Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional.** Disponível em: http://www.fnepas.org.br/pdf/servico_social_saude/texto1-5.pdf. Acesso em: Janeiro de 2012.

BRASIL. Lei nº 378, de 13 de janeiro de 1937. Dá nova organização ao Ministério da Educação e Saúde Pública. **Diário Oficial da União.** Seção 1 - 15/01/1937, Página 1210.

_____. Ministério da Educação e Saúde. **1ª Conferência Nacional de Educação e 1ª Conferência Nacional de Saúde.** Serviço de Documentação. Folheto nº 5. Rio de Janeiro, 1941. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_1.pdf. Acesso em novembro de 2011.

_____. Decreto nº 52.301 de 24 de julho de 1963. Convoca a III Conferência Nacional de Saúde. **Diário Oficial da União**, em 25 de julho de 1963.

_____. Ministério da Saúde. 4ª Conferência Nacional de Saúde. **Recursos Humanos para as atividades de saúde.** Rio de Janeiro, 30 de agosto a 4 de setembro de 1967. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/area.cfm?id_area=1120 Acesso em novembro de 2011.

_____. Ministério da Saúde. **Relatório Final da 5ª Conferência Nacional de Saúde.** Brasília, 05 de agosto de 1975. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/area.cfm?id_area=1120 Acesso em novembro de 2011.

_____. Ministério da Saúde. **Anais da 6ª Conferência Nacional de Saúde.** Brasília de 01 a 05 de agosto de 1977. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/area.cfm?id_area=1120 Acesso em novembro de 2011.

_____. Ministério da Saúde. **Relatório Final da 7ª Conferência Nacional de Saúde.** Brasília, 24 de março de 1980. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/area.cfm?id_area=1120 Acesso em novembro de 2011.

_____. Ministério da Saúde. **8ª Conferência Nacional de Saúde**. Tema II: Reformulação do Sistema Nacional de Saúde. Subtema C: Participação Social em Saúde. Brasília: 17 a 21 de março de 1986. Disponível em: Acesso em: novembro de 2011.

_____. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado, 1988.

_____. Lei Federal nº 8.080/90, que dispõe sobre as condições para a promoção, a proteção e a recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, de 20 de setembro de 1990a, seção I.

_____. Lei Federal nº 8.142/90, que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS), sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, de 31 de dezembro de 1990b, seção I.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. **ABC do SUS – Comunicação Visual/Instruções básicas V. IV**. Brasília, 1991.

_____. Ministério da Saúde. **Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar**. Brasília. (Mimeo). 2000.

_____. Secretaria de Assistência à Saúde. **Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar**. Brasília: 2001.

_____. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **Ações de enfermagem para o controle do câncer: uma proposta de integração ensino-serviço**. 2. ed. Rio de Janeiro: INCA, 2002a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. **Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar**. 2. ed. revista. Brasília: 2002b.

_____. Ministério da Saúde. 11ª Conferência Nacional de Saúde. O Brasil falando como quer ser tratado. Relatório Final. **Série Histórica do CNS**, n. 2. Série D, Reuniões e Conferências; n. 16. Brasília, DF, 2002c.

_____. Ministério da Saúde. 12ª Conferência Nacional de Saúde. Conferência Sergio Arouca. Relatório Final. **Série D Reuniões e Conferências**. Brasília, DF, 2004.

_____. Ministério da Saúde. **HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS**. Brasília: 2004a.

_____. Ministério da Saúde. **PNH – Cartilha**. 2004; 2006 (revisada).

_____. Ministério da Saúde. **Carta dos direitos dos usuários da saúde**. 2. ed. Brasília: 2007.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. 13ª Conferência Nacional de Saúde. Saúde e Qualidade de Vida. **Série C. Projetos, Programas e Relatórios**. Brasília, DF, 2008.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **As Conferências Nacionais de Saúde: Evolução e perspectivas.**/ Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília: CONASS, 2009.

BOCK, A. M. B. O compromisso social da Psicologia: contribuições da perspectiva Sócio-Histórica. **Psicologia & foco**. Aracaju, Faculdade Pio Décimo, v. 1, n. 1, jul./dez. 2008.

BORDIEU, Pierre. **A economia das trocas simbólicas**. 5ª ed. São Paulo: Editora Perspectiva, 2004.

COSTA, P. P. **Dos projetos à política pública**: reconstruindo a história da educação permanente em saúde. 2006. Dissertação (Mestrado em Políticas Públicas e Saúde). Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca. Fundação Oswaldo Cruz . Rio de Janeiro.

DICIONÁRIO AURÉLIO. Disponível em:

<<http://www.dicionariodoaurelio.com/Cartilha>>. Acesso em: 11 de agosto de 2010.

DICIONÁRIO MICHAELIS. Disponível em:

<<http://michaelis.uol.com.br/moderno/portugues/index.php?lingua=portugues-portugues&palavra=cartilha>>. Acesso em: 11 de agosto de 2010.

DICIONÁRIO PRIBERAM. Disponível em

: <<http://www.priberam.pt/dlpo/Default.aspx>>. Acesso em 11 de agosto de 2010.

FOSSEY, Marcela Franco. O jogo de imagens no texto de divulgação científica. **Estudos Lingüísticos XXXIV**. Universidade Estadual de Campinas: SP. p. 968-973, 2005.

GOMES, A. M. A. **Mesa nº 23: Participação cidadã e os direitos dos usuários do SUS**: interfaces com a Política Nacional de Humanização, do 2º Seminário Nacional de Humanização: *Trocando experiências. Aprimorando o SUS* realizado pelo Ministério da Saúde, em Brasília, 2009.

GUILHAUMOU, J. & MALDIDIER, D. Efeitos do arquivo: a análise do discurso no lado da História. In: ORLANDI, E. P. (Org.). **Gestos de leitura**: da história no discurso. 3 ed. Campinas: Ed. da UNICAMP, 2010. p. 163-183.

GUIMARÃES, E. **Semântica do Acontecimento**. Campinas: Pontes, 2. ed., 2005.

HAROCHE, C. **Fazer dizer, querer dizer**. São Paulo: Hucitec, 1992.

HENRY, P. A história não existe? In: ORLANDI, E. P. (org.). **Gestos de leitura**: da história no discurso. 2. ed. Campinas: Editora da UNICAMP, 2003, p. 29-55.

INDURSKY, F. **A fala dos quartéis e as outras vozes**. Campinas, SP: Editora da UNICAMP, 1997.

KROPF, S. P. & LIMA, N. T. **A doença de Chagas e o movimento sanitarista na década de 1910**. Casa de Oswaldo Cruz, Fiocruz, Expansão, 20040-361, Rio de Janeiro, RJ, Brasil. [entre 2002 e 2012] Site: <http://www.fiocruz.br/chagas/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm?sid=57> Acessado em: 02 de fevereiro de 2011. LAGAZZI, S. **O desafio de dizer não**. Campinas, SP: Pontes, 1988.

MESQUITA, A. M. O. **O significado da gravidez na adolescência a partir da ótica dos profissionais de saúde**. Rio de Janeiro: s.n., 2008.

MICHAELIS. **Michaelis Moderno Dicionário da Língua Portuguesa**. Melhoramentos, 1998.

ORLANDI, E. P. **Terra à vista**: discurso do confronto: velho e novo mundo. São Paulo: Cortez, 1990.

_____. Discurso, Imaginário Social e Conhecimento. **Em Aberto**. Brasília, ano 14, n.61, jan./mar. 1994.

_____. **Análise de Discurso**: princípios e procedimentos. 7. ed. Campinas, SP: Pontes, 2007a.

_____. **Interpretação**: autoria, leitura e efeitos do trabalho simbólico. 5. ed. Campinas, SP: Pontes Editores, 2007b.

_____. **Discurso e Texto**: formulação e circulação dos sentidos. 3. ed. Campinas, SP: Pontes Editores, 2008.

_____. **A linguagem e seu funcionamento**: as formas do discurso. 5. ed. Campinas, SP: Pontes, 2009.

_____. **Discurso em análise**: sujeito, sentido, ideologia. 2011.

ORLANDI, E. & LAGAZZI-RODRIGUES, S. **Introdução às ciências da linguagem** – Discurso e textualidade. Pontes Editores, 2010. 2. ed. Campinas, SP

PÊCHEUX, M. Análise Automática do Discurso. IN: GADET, F. & HAK, T. (org.) **Por uma análise automática do discurso**: uma introdução à obra de Michel Pêcheux. Tradutores: Bethania S. Mariani...[et al.]. Campinas: Editora da UNICAMP, 1990.

_____. Ler o arquivo hoje. In: ORLANDI, Eni Puccinelli et. al. **Gestos de Leitura**: da história no discurso. 3. ed. Campinas, SP: Editora da UNICAMP, 2010.

ZOPPI-FONTANA, M. **Cidadãos modernos**: discurso e representação política. Campinas: Editora da Unicamp, 1997.