UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FFCLRP - DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA E EDUCAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

O trabalho ou a vida: o que quer o trabalhador com o trabalho e o processo de
adoecimento em trabalhadores da saúde.

Alessandra Moreno Maestrelli

Ribeirão Preto

2010

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FFCLRP - DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA E EDUCAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

O trabalho ou a vida: o que quer o trabalhador com o trabalho e o processo de
adoecimento em trabalhadores da saúde.

Alessandra Moreno Maestrelli

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Leda Verdiani Tfouni

Tese de Doutorado, apresentada ao
Programa de Pós-Graduação em
Ciências, área: Psicologia, do
Departamento de Psicologia e Educação
da FFCLRP – USP; como exigência para
obtenção do título de Doutora.

Ribeirão Preto

2010

FICHA CATALOGRÁFICA

MAESTRELLI, Alessandra Moreno. O trabalho ou a vida: o que quer o trabalhador com o trabalho e o processo de adoecimento em trabalhadores da saúde. Tese de Doutorado do Programa de Pós-Graduação em Ciências, Área: Psicologia do Departamento de Psicologia e Educação da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto; da Universidade de São Paulo-USP.

123p.

Áreas do conhecimento: Saúde, Educação, Psicanálise Lacaniana e Análise de Discurso Pêcheuxiana.

BANCA EXAMINADORA

Prof.^a Dr.^a Leda Verdiani Tfouni. Orientadora:_____

Prof.^a Dr.^a Vera Lúcia Navarro:_____

Prof.^o Dr.^o Manoel Antonio dos Santos:_____

Prof.^a Dr.^a Regina Maria Ayres de Camargo Freire:_____

Prof.^a Dr.^a Marisol Barenco de Mello:_____

RESUMO

Este trabalho de pesquisa tem como objetivo evidenciar a relação “inconsciente da psicanálise” e “inconsciente da ideologia”, a partir dos modos de produção do conhecimento de trabalhadores da área da saúde e dos modos de produção do conhecimento acerca de seus trabalhos. Durante este trabalho, considerando alguns impasses teóricos, conceituamos “modernidade líquida” e “insegurança” e, com esses conceitos, juntamente com os conceitos de “religiosidade” e de enfrentamento “da morte na realidade”, traçamos contrapontos teóricos para a atualização do mal-estar na cultura moderna. Assim, de acordo com os pressupostos de Bauman (2008), da análise de discurso pêcheuxtiana e de sua interface com a psicanálise lacaniana, o foco deste trabalho é encontrar os ‘giros discursivos no mais de gozar’, lugares nos quais a dor encontra seu caminho nos registros do simbólico, isto é, o mais de gozar e a entrada ou permanência no simbólico é a saída para a dor e o sofrimento que o trabalho na área da saúde pode causar ao trabalhador que se considera impotente diante do usuário que requer atendimento e atenção. Para atingir o objetivo maior deste trabalho, propusemos a escansão de algumas destas construções em análises preliminares dos dados por meio de recortes e sequências discursivas na produção de um dos sujeitos, tentativa de construção teórica em análise do discurso, para a qual cada passo na direção de uma certeza implica em um retrocesso. Considerando o contraponto entre as formações discursivas privilegiadas por nós, a do discurso oficial dominante, e a outra, constituída por tentativas de resistência e/ou reiteração dos sujeitos, com relação a esse discurso, constatamos que o foco do discurso oficial dominante é um e o do trabalhador, ao tratar do serviço que presta na área da saúde, é outro. É nesse ponto que nos encontramos ao tentar aproximar as discrepâncias ou evidenciar as reproduções apesar delas aparecerem superficialmente como resistência ou como discurso da resistência ou ainda como marcas evidências de resistência. Os *corpora* são formados pelas diretrizes que orientam o trabalho em saúde, encontrados em manuais do Ministério da Saúde sobre as políticas de consolidação do Sistema Único de Saúde e nas leis e diretrizes da saúde pública, em particular a Lei 8080/90; e pela produção discursiva dos trabalhadores. A observação desses materiais favoreceu a análise das marcas linguísticas encontradas na entrevista, o que permitiu o recalque da subjetividade como trabalho da ideologia, desdobrando em outros sentidos singulares, na tentativa de homogeneizar o dizer. Com essa base teórica e metodológica, foi possível evidenciar o trabalho da ideologia no discurso dos sujeitos envolvidos com a ilusão de que o trabalho é uma redenção, um meio para acessar um benefício maior e para alcançar a felicidade e a realização. Em suma, mobilizamos os quatro discursos fundamentais na psicanálise, para apontar que, no discurso capitalista, a ausência da barra da impossibilidade discursiva pode colocar, entre outros objetos, a religião e a religiosidade como mercadorias acessíveis ao sujeito desejante e ao consumidor na modernidade.

Palavras-chave: Análise de Discurso Pêcheuxtiana, Psicanálise Lacaniana, Trabalhadores, Interregno.

ABSTRACT

This research aims at evidencing the relation “unconsciousness of psychoanalysis” and “unconsciousness of ideology”, based on the production of knowledge of healthcare professionals and on the production of knowledge regarding their tasks. During this research, considering some theoretical deadlocks, we have conceptualized “liquid modernity” and “insecurity” and, having these concepts along with the concepts of “religiousness” and the treatment of “death in reality”, we have drafted theoretical counterpoints to update uneasiness in modern culture. Therefore, according to the assumptions of Bauman (2008) regarding Pêcheux’s discourse and its interface with the Lacanian psychoanalysis, the aim of this study is to find the ‘linguistic turns in the surplus-jouissance’, places where the pain finds its way in the registers of symbolic. In other words, the surplus-jouissance and the entry or permanence in the symbolic is the way out for all the pain and sorrow caused by daily healthcare tasks to the workers, who consider themselves powerless when dealing with users who need help and attention. In order to reach the major aim of this study, we have proposed the scansion of some of these constructions in preliminary data analysis through discourse sequences and cuttings in the production of one of the subjects, an attempt of theoretical construction in discourse analysis, where every step taken towards certainty implies some regression. Considering the counterpoint between the discourse formations privileged by us - one from dominant official discourse, and the other one built by attempts of resistance and/or reiteration of the subjects - regarding this discourse, we have verified that the focus of the dominant official discourse is different than the focus of the worker when dealing with healthcare service. That is where we find ourselves when trying to bring discrepancies together or to evidence reproductions in spite of the fact that they appear superficially as resistance or as discourse of resistance, or even as evidence marks of resistance. The *corpora* are composed of guidelines that regulate healthcare services - which can be found in manuals of the Ministry of Health regarding the consolidation policies of the Brazilian Unified Health System (SUS) and in public health laws and guidelines, particularly in the Law 8080/90 -, and of the discourse production of workers. The observation of these materials has stimulated the analysis of linguistic marks found in the interview. This has enabled the repression of subjectivity as a role of ideology, unfolding other singular senses, in an attempt to homogenize the speech. Considering this theoretical and methodological basis, it was possible to evidence the role of ideology in the discourse of subjects involved in the illusion that work is redemption, a way to access a greater benefit and to reach happiness and achievement. Finally, as a whole, we have mobilized the four fundamental discourses of psychoanalysis to indicate that in the capitalist discourse, the absence of the bar of discourse impossibility can classify religion and religiousness, among other objects, as accessible products to the willing subject and to the consumer in modern days.

Keywords: Pêcheux’s Discourse Analysis, Lacanian Psychoanalysis, Workers, Interregnum.

RESUMÉ

Ce travail de recherche vise à mettre en évidence le lien «inconscient de la psychanalyse» et «inconscient de l'idéologie», à partir des moyens de production de la connaissance des travailleurs du domaine de la santé et des moyens de production de la connaissance sur leurs métiers. Tout au long de ce travail, compte tenu de certaines impasses théoriques, nous avons conceptualisé la "modernité liquide" et "l'insécurité". Et, avec ces concepts, ainsi que le concept de «religiosité» et celui de faire face à «la mort dans la réalité», nous avons tracé des contrepoints théoriques pour la mise à jour du mal-être dans la culture moderne. Ainsi, selon les présuppositions de Bauman (2008), de l'analyse du discours de Pêcheux et de son interface avec la psychanalyse lacanienne, l'objet du présent travail est celui de trouver les «tournants discursifs dans le plus de jouir», là où la douleur trouve son chemin dans le registre du symbolique, c'est-à-dire, le plus de jouir et l'entrée ou la permanence dans le symbolique est l'issue pour la douleur et la souffrance que l'activité dans le secteur de la santé peut causer au travailleur, qui se sent impuissant face à l'utilisateur qui a besoin de soins et d'attention. Pour atteindre l'objectif majeur de ce travail, nous avons proposé la scansion de certaines de ces constructions dans les analyses préliminaires des données au moyen de découpages et de séquences discursives dans la production de l'un des sujets, une tentative de construction théorique dans l'analyse du discours, pour laquelle chaque pas vers une certitude implique un recul. En considérant le contrepoint entre les formations discursives privilégiées par nous, celle du discours officiel dominant, et l'autre, composée par des tentatives de résistance et /ou la réitération des sujets par rapport à ce discours, nous constatons que l'objet du discours officiel dominant est l'un, et celui du travailleur, lorsqu'il s'agit du service qu'il rend dans le domaine de la santé, est un autre. C'est sur ce point que nous nous retrouvons lorsque nous voulons rapprocher les divergences ou mettre en évidence les reproductions, même si elles apparaissent superficiellement en tant que résistance ou comme un discours de résistance ou encore en tant que des preuves évidentes de la résistance. Les *corpora* sont constitués par les directives qui guident le travail sur la santé, trouvées dans les manuels du Ministère de la Santé sur les politiques de consolidation du Système Unique de Santé et également dans les lois et les directives de la santé publique, en particulier la loi 8080/90; et par la production discursive des travailleurs. L'observation de ce matériel a facilité l'analyse des traces linguistiques dans l'interview, qui ont permis la répression de la subjectivité comme une œuvre de l'idéologie, en se dédoublant en d'autres sens singuliers, dans une tentative d'homogénéiser le parler. Sur cette base théorique et méthodologique, il a été possible de remarquer le rôle de l'idéologie dans le discours des sujets impliqués dans l'illusion que le travail est une rédemption, un moyen d'accéder à un bénéfice majeur et d'atteindre le bonheur et l'épanouissement. En somme, nous avons mobilisé les quatre discours fondamentaux dans la psychanalyse, pour signifier que, dans le discours capitaliste, l'absence de la barre de l'impossibilité discursive peut placer, parmi d'autres objets, la religion et la religiosité comme des marchandises accessibles au sujet désireux et au consommateur dans la modernité.

Mots-clés: analyse du discours de Pêcheux, la psychanalyse lacanienne,
travailleurs, interrègne.

SUMÁRIO

Introdução	01
A Saúde pública no Brasil: uma conquista dos trabalhadores.	05
Seção 1	
A saúde pública no Brasil: legitimidade e legislação.	13
Seção 2	
Sobre o Discurso Pedagógico e suas implicações na descentração do sujeito da educação.	20
Seção 3	
O que escapa aos processos educativos e às leis na construção de uma saúde pública de alta qualidade	25
Os quatro discursos e os lugares do sujeito e do objeto diante da ideologia	30
Trabalho e Saúde – remédio ou veneno?	45
1 - O trabalho como redenção. (remédio).	47
2 - O trabalho como veneno.	57
Das Formações discursivas dominantes e dominadas	63
Algumas análises possíveis	76
Bibliografia	85
Anexos	92

INTRODUÇÃO

Procurou-se evidenciar a conexão “inconsciente da psicanálise” e “inconsciente da ideologia” a partir dos modos de produção do conhecimento de trabalhadores, nos deparamos com impasses teóricos aos quais respondemos pelos conceitos “modernidade líquida” e “insegurança”; Bauman (2008), bem como na análise de discurso pêcheuxtiana e sua interface com a psicanálise lacaniana.

Analizamos as chamadas 'diretrizes' para o trabalho em saúde – constantes nos manuais do Ministério da Saúde e a produção discursiva dos trabalhadores e a obtenção dos dados constituiu os vários *corpora*, a saber: manuais do Ministério da Saúde sobre as políticas de consolidação do Sistema Único de Saúde, as leis e diretrizes da saúde pública, em particular a Lei 8080/90; todos de domínio público no Sistema único de Saúde (SUS) e uma entrevista realizada com ex-aluna de um programa de capacitação - treinamento oferecido pelo MS do qual fui tutora de educação permanente a distância.

O *corpus* analisado é composto pelas chamadas ‘diretrizes’ para o trabalho em saúde - e a produção discursiva do trabalhador, obtida durante programas de capacitação e treinamento oferecidos pelo Ministério da Saúde e a análise das marcas lingüísticas encontradas na entrevista privilegiou o recalque da subjetividade como trabalho da ideologia, desdobrando outros sentidos singulares, na tentativa de homogeneizar o dizer, contornando assim, o esquecimento nº. 2 de Pêcheux, bem como, os usos da língua em diferentes "posições sujeito", conceito caro à Análise de discurso e o uso dos "genéricos discursivos", cunhado por Tfouni (2003).

Propusemos a escansão de algumas destas construções em análises preliminares dos dados por meio de recortes e sequências discursivas na produção de um dos

sujeitos, na tentativa de construção teórica em análise do discurso para a qual cada passo na direção de uma certeza implica um retrocesso; O contraponto entre as formações discursivas privilegiadas por nós, a do discurso oficial dominante, e a outra, constituída por tentativas de resistência e/ou reiteração dos sujeitos, com relação a esse discurso. Uma marca na construção teórica em AD é a de que enquanto pesquisadores, nós também estamos às voltas com o esquecimento nº 1 de Pêcheux e esta implicação é fundamental para a construção do método que é o eterno retorno do recalcado onde o incontornável é a verdade do sujeito.

A lei 8080/90, do SUS preconiza as chamadas diretrizes de humanização, equidade, territorialidade o que encaminhou a análise a partir do discurso ‘universitário’, produtor de burocracia e mantenedor da impossibilidade do sujeito acessar a verdade e produzir um saber. O trabalho da ideologia no discurso dos sujeitos envolvidos é evidenciado com a ilusão de que o trabalho seja a redenção para todos os males e problemas, um fim para acessar um benefício maior, o alcance da 'felicidade' e da 'realização', por esta via.

A análise das marcas lingüísticas encontradas nos *corpora* privilegiou o recalque da subjetividade como trabalho da ideologia, desdobrando outros sentidos singulares, na tentativa de homogeneizar, contornando também, o esquecimento nº. 2 de Pêcheux. Os diversos usos da língua em diferentes são analisados no trabalho, através do conceito “posições sujeito”, diferenciado e marcado exclusivamente na análise de discurso pêcheuxtiana, abordagem à qual nos filiamos.

O uso dos “genéricos discursivos”, conceito cunhado por Tfouni (2001); marca uma falta no dizer; recurso lingüístico do qual o sujeito lança mão, de acordo com Tfouni (2001), para tamponar uma falta, fazer um com a língua. Enfatizamos os movimentos de deriva entre formações discursivas antagônicas, que sugerem posições-

sujeito alienadas ao discurso do Outro, re-assegurando o (des) conhecimento da dor, pelos sujeitos envolvidos e que ao promover uma saída imaginária os isenta e os exclui do processo de transformação, expressão maior do sucesso do apagamento da luta de classes.

Os sujeitos dos discursos estão a todo o momento a nos implicar como co-autores de sua história e a nos convocar como testemunhas dela. Resta-nos indiciar o trabalho des - subjetivado como ‘veneno’ ao contrário da proposta hegemônica de redenção e ‘remédio’, parafraseando Tfouni (1994).

Um dos nossos desafios é encontrar os ‘giros discursivos no mais de gozar’, lugares nos quais a dor encontre seu caminho no registro do simbólico. Valem-nos das leituras do sociólogo Bauman (1995); o autor traça contrapontos teóricos para a atualização do mal-estar na cultura moderna a partir de ‘modernidade líquida’ e ‘insegurança’, bem como de suas considerações sobre a ‘religiosidade’ e o enfrentamento da ‘morte na modernidade’, no que cabe ao nosso tema.

Tornou-se possível evidenciar o trabalho da ideologia no discurso dos sujeitos envolvidos com a ilusão de que o trabalho é uma redenção, um fim para acessar um benefício maior, o alcance da ‘felicidade’ e da ‘realização’, pela via do trabalho.

Mobilizamos os ‘quatro discursos fundamentais na psicanálise’, de Lacan (1995), para procurar evidenciar que no ‘discurso do capitalista’ a ausência da barra da impossibilidade discursiva pode colocar, entre outros objetos, a religião e a religiosidade como mercadorias acessíveis ao sujeito desejante e consumidor na modernidade.

“É afinal o trabalho, o sal que mumifica as almas?”

BAUDELAIRE.

A Saúde pública no Brasil: uma conquista dos trabalhadores.

As já naturalizadas ‘falhas’ no serviço público de saúde brasileiro nos encaminharam para este estudo, com o intuito, inicial, de apoiadas nos pressupostos teóricos da Análise de Discurso Pêcheuxiana e na Psicanálise Lacaniana, analisar produções discursivas as quais podem remeter às formações ideológicas dominantes e recuperar um espaço de produção de sentidos que privilegie o esforço e a conquista social que deveriam representar a existência de um sistema único de saúde em um país o qual podemos afirmar, produz, a cada instante historicamente decisivo, o seu projeto de ‘nação’.

O movimento de trabalhadores surge, em nossa compreensão como uma resposta ao Movimento Higienista introduzido no Brasil pela categoria médica, com o intuito de promover a saúde das pessoas por intermédio de educação.

Surge a reforma psiquiátrica, que vai revolucionar o sistema de saúde pública no Brasil; o histórico da violência na segregação dos ‘diferentes’, portanto, divergentes da conduta social, produziu a indignação necessária para encaminhar as bases da História da Reforma Psiquiátrica e suas contribuições para a saúde pública, na luta de classes. Nessa perspectiva, evidenciamos a vitória de um movimento social, o dos trabalhadores.

É papel da memória e do discurso político o encobrimento da luta de classes, produzindo a naturalização de sentidos, tais como as afirmativas sobre as ‘falhas’ e a inoperância do sistema público de saúde brasileiro.

Quanto ao papel da memória, Achard (1999, p.43), afirma que existem paráfrases e retomadas, “colocações em série de repetições formais que oscilam entre o histórico e o lingüístico”. É nesse interstício que procuraremos nos posicionar para relatar uma parte da história que tende a ser esquecida e sistematicamente apagada quando não é convocada para compor análises de conjuntura social e política acerca do Sistema Único de Saúde, o SUS, no Brasil.

Os esforços do Ministério da Saúde consolidam o sistema público de saúde e são o resultado de décadas de esforços coletivos, datando das primeiras Conferências Nacionais de Saúde, as CNSs, no país, a partir da década de 1970. Reiteramos que o

movimento por direitos humanos no atendimento de saúde partiu do movimento dos trabalhadores, portanto, um movimento social.

Conforme lembra Costa (2005), a partir da década de 1970, começam a ocorrer profundas transformações na sociedade brasileira. Entre elas, a que leva o Brasil a ser palco de inúmeras denúncias de desrespeito e violação aos Direitos Humanos dos pacientes psiquiátricos, que evoluíram para novas e incisivas proposições, em direção a um alvo preciso: a instituição e a cultura manicomial.

Contra esse edifício teórico-prático, consolidado ao longo dos dois últimos séculos e sustentado nos mitos correlatos à noção de doença mental, cuja função histórica foi e ainda é, a produção de espaços e formas de segregação e exclusão, passaram a se direcionar na perspectiva de sua desconstrução, os novos esforços, abrangendo as áreas social e institucional nos campos técnico, político e jurídico.

Na década de 1980 e dentro do processo de redemocratização iniciado em 10 de junho de 1984 quando, a partir de uma dissidência dentro do Partido do governo, à época o PDS, criando a Frente Liberal (depois Partido da Frente Liberal – PFL) que, aliando-se ao PMDB, formou-se a Aliança Democrática, possibilitando, dessa maneira, a vitória de Tancredo Neves na eleição indireta à Presidência da República, foi convocada a I Conferência Nacional de Saúde Mental (CNSM), que se realizou, em 1987, na cidade do Rio de Janeiro.

A partir dela, outras Conferências foram realizadas até que, na VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, marco do Movimento da Reforma Sanitária e da história da Saúde do Brasil, os princípios doutrinários dominados representaram o ponto de inflexão na reorientação do modelo da atenção à saúde e, por conseguinte, da própria construção do Sistema Único de Saúde (SUS).

Na I Conferência Nacional de Saúde Mental (doravante CNSM), explicitou-se qual a natureza da dificuldade existente no modelo assistencial psiquiátrico vigente em nosso país. Constatou-se que essa dificuldade somente seria ultrapassada se houvesse o enfrentamento das forças mantenedoras daquela conjuntura nos campos cultural, técnico, político e ideológico e que, além disso, seria necessária a transformação do modelo existente, baseado na assistência hospitalar médico - psiquiátrica compreendido como potencialmente corrupto, reconhecidamente oneroso, não resolutivo, institucionalizador e violento, em um modelo assistencial de base territorial, comunitário e aberto.

Em 1989, com a apresentação do Projeto de Lei n.º 3657/89, do Deputado Paulo Delgado, foi iniciada a ofensiva no arcabouço legislativo, pautando, pela primeira vez, desde 1934, a necessidade de transformação do modelo vigente e a regulamentação da assistência psiquiátrica em nosso país. Esse fato desencadeou a discussão em praticamente todos os setores da sociedade brasileira e fez com que proliferassem legislações estaduais e municipais com as mesmas diretrizes do projeto original da Câmara Federal.

A II CNSM realizou-se em Brasília, em 1992 e caracterizou-se pela ampliação da mobilização dos diversos segmentos da sociedade, mediante pré-conferências nos Estados e Municípios, com uma participação estimada em cerca de 20.000 pessoas.

Outros fatores influenciaram essa grande mobilização, como o fato de ter sido precedida pelo II Encontro Nacional de Trabalhadores em Saúde Mental, realizado em Bauru (SP), em 1987, quando foram desenvolvidas formulações com vistas aos princípios teóricos e éticos e à Reforma Psiquiátrica. Pude compartilhar do clima de efervescência social que persistiu 20 anos depois quando participei do Encontro Nacional intitulado “20 anos de Luta por uma sociedade sem manicômios”, realizado na cidade de Bauru onde tive a oportunidade de somar alguns rostos nos nomes que encabeçaram o movimento e entendê-lo como algo além da história que vi nascer durante minha graduação em Psicologia.

A realização da Conferência Regional para a Reestruturação da Atenção Psiquiátrica na América Latina no Contexto dos Sistemas Locais de Saúde, promovida pela Organização Pan-americana da Saúde da Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS), em 1990, de onde emanou a Declaração de Caracas, proclamada em 14/11/90, foi uma das decorrências do II Encontro de Saúde Mental, de 1987, nela foram criadas ações que conferiram um sólido balizamento fomentador das iniciativas de transformação da atenção médico-psiquiátrica na direção da Saúde Mental.

Da mesma forma, a IX Conferência Nacional de Saúde, ao reafirmar a construção do SUS como alternativa de atenção à saúde com suas diretrizes fincadas em seus Princípios Doutrinários e Organizacionais, colocando o município como local estratégico na democratização do Estado e das políticas sociais, proporcionou um substrato consistente às discussões da II CNSM.

De forma associada, a implementação do SUS fez ver uma nova configuração no modelo de atenção à saúde. Já por ocasião da II CNSM, iniciativas importantes da Coordenação de Saúde Mental, no âmbito do Ministério da Saúde (Portarias 189/91;

224/92; 407/92), foram potencializadas pelo suporte recebido da existência concreta de diversas políticas públicas em vários municípios brasileiros, referenciadas ao Projeto de Lei do Deputado Paulo Delgado, em tramitação no Senado Federal e comprometidas com a transformação do modelo assistencial, com a afirmação dos direitos de cidadania e com a riqueza da participação efetiva de usuários e familiares, configurando a existência de uma política nacional indicativa do processo de mudança em curso já à época.

Em síntese, a II CNSM representou um marco significativo na história recente da política de Saúde Mental, no qual se puderam aprofundar tanto as críticas ao modelo hegemônico, quanto formalizar o esboço de um novo modelo assistencial, significativamente diverso, seja no que diz respeito às lógicas, conceitos e valores que deveriam reger a estruturação da rede de atenção, assim como na forma de lidar com pessoas com transtornos mentais, a partir de seus direitos de cidadão.

As discussões então realizadas legitimaram as medidas e os processos em curso naquele período, apontaram as novas iniciativas e as recomendações de afirmação, garantia e construção dos “direitos de cidadania das pessoas com transtornos mentais e de transformação do modelo assistencial”, sendo assumidas essas duas diretrizes como principais para o processo da “Reforma Psiquiátrica”. A Lei, conhecida como Paulo Delgado, mutilada em alguns de seus artigos mais relevantes, foi aprovada apenas em 2001 e enumerada Lei 10.216/2001.

O desenvolvimento de inúmeras experiências municipais de implementação de novos modelos de atenção em saúde mental comprometidos com as diretrizes da reforma; a criação de novas modalidades assistenciais, dispositivos e ações, como Centros de Atenção Psicossocial, Núcleos de Atenção Psicossocial, Oficinas Terapêuticas, Hospitais-dia, Serviços Residenciais Terapêuticos, Moradias Assistidas e Centros de Convivência.

A inclusão da Saúde Mental na Atenção Básica, o Programa de Saúde da Família (PSF), os Projetos de Inserção no Trabalho e Cooperativas; os Projetos de Intervenção Cultural, atenção domiciliar, ações comunitárias e territoriais que forjaram práticas inovadoras, como novas formas de cuidado da complexidade do sofrimento; a transformação da relação com os usuários e os familiares; a criação de novos processos de trabalho no cotidiano dos serviços; a inserção no território; a criação e potencialização de redes sociais e de suporte; o desenvolvimento de múltiplos projetos

de inserção no trabalho e o acesso aos direitos e de participação na vida pública foram resultado do que se podem considerar conquistas dos trabalhadores.

A publicação de portarias ministeriais, com o objetivo de reorientação do modelo assistencial por meio da inclusão de modalidades assistenciais substitutivas ao hospital psiquiátrico na tabela de financiamento e os processos de vistorias, fiscalização e credenciamento dos hospitais psiquiátricos são exemplos de ações implantadas e constantemente implementadas, como resultado dos esforços do Ministério da Saúde no Brasil.

A criação de várias Associações de usuários, familiares e profissionais que desenvolvem uma multiplicidade de projetos e têm propiciado novas formas de participação e inserção social. A aprovação da Lei Nº. 9.867 que cria as Cooperativas Sociais, entre outras medidas, fortalecem a aliança saúde mental e trabalho.

Em continuidade, a convocação da III CNSM, de 11 a 15 de dezembro de 2001, em Brasília, trouxe a possibilidade de avaliar os desafios e as dificuldades atuais do processo de Reforma Psiquiátrica no país, além de validar as conquistas realizadas. Assim, a III Conferência tinha a responsabilidade de não ser apenas um campo de discussões, mas um canteiro para as estratégias que fizessem alavancar o processo em andamento.

Tendo como tema central Reorientação do Modelo Assistencial, foram selecionados os seguintes subtemas: Recursos Humanos; Financiamento; Controle Social e Direitos e Acesso e Cidadania. Na perspectiva de tornar o debate amplo e de caráter nacional, foram convocadas Conferências de Saúde Mental nos estados e municípios de todas as regiões brasileiras.

Com o intuito de garantir a unidade da discussão dentro dos temas propostos, as Conferências foram acompanhadas pela área técnica da Saúde Mental do Ministério da Saúde, mediante representantes que, articulados com as Coordenações de Saúde Mental desses locais, buscaram colocar o debate principal em torno do já referido eixo temático e seus subtemas.

A lei 8080/90 que sanciona as Diretrizes doutrinárias e organizacionais do SUS está na íntegra, em anexo, neste trabalho, por se tratar de parte do *corpus* analisado, pois, em algumas das sequências discursivas que recortamos na entrevista transcrita, poderemos recuperar o interdiscurso nas metáforas e repetições, de acordo com Achard (1999).

Considerar a Reforma Psiquiátrica no Brasil, no âmbito do Sistema Único de Saúde uma conquista dos trabalhadores é uma consequência da avaliação desse processo importante na história do país e que culminou na elaboração das mais reconhecidas leis para a promoção social de que se tem conhecimento.

O objetivo de recuperar a história da saúde pública no Brasil, em meu trabalho, fixa-se no fator que se deve escandir enquanto processo legiferante, isto é, enquanto povo e enquanto partícipes do movimento social, concluímos que a conquista de uma lei ou leis que regulamentam a vida social e os direitos dos trabalhadores, é suficiente para assegurar a mudança e o compromisso do país e de seus governantes para a população, no entanto, a conjuntura social, no âmbito da Saúde Pública e das implicações da Reforma Psiquiátrica no Brasil, mostra-nos um panorama dissonante entre o ato, as ações e o discurso produzido sobre eles.

Nas bases da Análise de Discurso Pêcheuxiana estão alguns dos conceitos mobilizados para este trabalho que farão suporte para a posição de autora, entre eles, as Formações Ideológicas; as Formações Sociais e as Formações Discursivas; a ideologia como partícipe do processo de assujeitamento do sujeito à língua e o discurso pedagógico, como derivado do Discurso Autoritário; as posições sujeito que se alternam na produção discursiva transcrita de uma entrevista realizada com uma servidora do SUS e as condições de produção desse discurso, conceito caro à Análise de Discurso Pêcheuxiana.

Os esquecimentos 1 e 2, nos quais o sujeito submerge na tentativa de homogeneizar seu dizer, uma vez que a língua é opaca e que não se pode fazer um com ela, ou seja, a ideologia e os atos falhos, lapsos, a elipse e a inclusa, apontam-nos para a existência do inconsciente e nos auxiliam a afirmar de que o sujeito diz x para não dizer y porque não se pode dizer tudo e nem é possível, ao falante, não falar, o que nos leva de volta à suposta escolha de palavras e as hesitações do sujeito. A Psicanálise Lacaniana, em sua interface discursiva, aproxima-nos de uma noção de sujeito assujeitado pela língua que recortamos neste trabalho e que nos permitiram posicionar o olhar para um “estranhamento” de alguns sentidos naturalizados, entre eles, as ditas ‘falhas’ no sistema de saúde.

Atualmente, o discurso produzido sobre o SUS o apresenta como um serviço medíocre, ineficaz, insuficiente e inoperante, apenas destinado à parcela da população que não tem acesso aos serviços privados de saúde. Estes, em oposição direta ao serviço público, são considerados eficientes e para poucos.

O fato de que as leis que existem e foram sancionadas após muito enfrentamento e embate político, numa época historicamente efervescente, tende a ser apagado da história da Saúde Pública do Brasil. Essa é uma evidência que pretendemos resgatar nesse trabalho.

Seção 1

A construção do Sistema único de Saúde: legitimidade e legiferação.

Afirmamos que a construção do Sistema Único de Saúde é produto de embates políticos e conquista de cidadania para a população brasileira depois dos ditos “anos de chumbo” em que o país mergulhou durante a ditadura e encontramos a interface Educação e Saúde como parte essencial das políticas de consolidação do SUS.

Nas Diretrizes do Sistema (Lei 8080/90), podem-se encontrar as bases filosóficas que aliam a Saúde à Educação como consequência da avaliação da necessidade de constante orientação, informação e capacitação, bem como o incentivo às pesquisas em Saúde para que o Sistema consolide possibilidades de formação para servidores e usuários, bem como para os gestores e todos os atores que compõem a Rede de Atenção à Saúde.

No entanto, a tentativa de sanear essas falhas nos proporcionou alguns estranhamentos. Pudemos inferir que a necessidade de capacitação incide em maior grau de apelo aos servidores da área, parcela de trabalhadores identificada como a responsável por produzir falhas no sistema ao não oferecer o ‘atendimento humanizado’; a ‘equidade das cotas’; a ‘integralização na atenção’ e ao não observar a ‘territorialidade’, princípios norteadores do SUS.

Em nosso entender ao procurar solucionar problemas que geram enfrentamentos políticos com respostas pedagógicas, desencadeou-se a demanda por formação pedagógica para servidores e usuários, bem como para os gestores e todos os atores que compõem a Rede de Atenção à Saúde.

Ao promover cursos que ocorrem preferencialmente nos locais de trabalho e durante o período de trabalho dos servidores e envolvidos, vislumbrou-se a possibilidade de evitar ou suprimir a politização do cotidiano dos serviços e a descentração do trabalhador como agente de transformação e resistência, portanto, como detentor de um saber.

A crença dominante na redenção pela via da educação-capacitação, remeteu-nos à inclusão do Manual do ‘Curso de Formação de Facilitadores de Educação Permanente em Saúde’ neste trabalho com o intuito de percorrer as pistas discursivas que nos indicassem alguma evidência de sentido acerca deste aprendizado e que nos distanciassem da percepção automática de que trata a questão como mais um jogo de poder.

O discurso dominante atualmente é o discurso do poder, de acordo com Fink (1998, p.54): “o poder como meio de alcançar x, y e z, mas em última instância, o poder pelo poder”. Tal assertiva nos leva, em uma cadeia associativa, às relações de poder que, por sua vez, deverão ser compreendidas pela complementaridade que as envolve nos processos pedagógicos aplicados, por exemplo, em “novas políticas” de consolidação do sistema de saúde, entre elas, a ‘Educação Permanente em Saúde’, contemplada pela Portaria 198/99, do Ministério da Saúde, em anexo a este trabalho.

Consideramos que os eventuais problemas produzidos a partir da interface Educação e Saúde sejam suprimidos pela ação da ideologia que homogeneíza saberes e discursos, apagando a “voz dos atores” envolvidos, apesar de o enfoque estar neles e em sua fala. A retórica que envolve todos os atores e os compromete com o processo de consolidação do SUS pode ser a mesma que compromete a saúde do trabalhador.

As discussões políticas no âmbito do SUS acerca das condições ideais de trabalho para todos os trabalhadores resultaram, entre outros, em um protocolo organizado por Andreotti (2004), do qual excertamos alguns trechos que consideramos importantes para direcionar nossa discussão. Nele, a autora relata as diretrizes institucionais que asseguram o trabalho de forma ampliada; lê-se:

É universalmente aceito e propagado pela Organização Mundial de Saúde, Organização Internacional do Trabalho, entre outras, que todo cidadão tem direito ao trabalho saudável e seguro e a um ambiente laboral que lhe permita uma vida social e economicamente produtiva. Andreotti (2004. P.02).

Em virtude do alto índice de acidentes e doenças ocupacionais, o poder público entende que está distante desse objetivo e investe recursos para reverter esse cenário. Apesar das grandes diferenças entre os níveis de saúde e segurança no trabalho e os diversos tipos e problemas de saúde do trabalhador, fez-se necessário desenvolver estratégias de promoção à saúde e prevenção de agravos à saúde dos trabalhadores.

Nesse Protocolo, vemos uma das questões que levantamos com relação à naturalização dos sentidos frequentemente encontrada no discurso hegemônico: a de há um saber dominado que deve ser transmitido a todos.

Observamos, nos registros e atualizações mensais do Instituto Nacional de Seguridade Social, o INSS, o aumento do número de profissionais afastados dos serviços, seja por acidentes de trabalho, seja por doença ocupacional. Atentamos para o

fato de que a categoria que figura nas estatísticas nacionais como uma das que mais adoece é a dos trabalhadores da área da saúde.

No entanto, o Ministério do Trabalho e Emprego (M. T. E.) atesta uma elevação de quase 11% no total de pessoas empregadas na área da saúde a cada ano e, sendo a saúde pública responsável pela oferta de cerca de 70% dos empregos formais do país¹, pode parecer lógico, porém, essa suposta relação de causa e efeito se apresenta insuficiente como resposta, por exemplo, à pergunta de por que essa é a categoria de trabalhadores mais afetada por acidentes de trabalho.

Em trabalhadores da saúde que atendem, por exemplo, em hospitais, a incidência de acidentes aumentou mais de 16% entre 2005 e 2006, e o número de óbitos, por razões ocupacionais, somou 30 ocorrências neste último ano.

Entre as notificações de acidentes de trabalho, encontram-se as causadas por instrumentos perfuro cortantes, em geral, agulhas, seringas e outros instrumentos, tanto de uso frequente de alguns dos trabalhadores da saúde quanto por uso indireto, sem manipulação e em casos de descartes, nos quais não foram atendidas as normas de segurança.

Acrescente-se que alguns especialistas consideram os dados fora da realidade em virtude do que nomearam sub notificação dos casos, sobretudo quando, no acidente, está envolvido o risco de doenças, como a AIDS, cuja profilaxia traz relatados alguns desagradáveis efeitos colaterais.

Apenas nos últimos quatro anos, depois da ampla disponibilização de profilaxia por remédios, encabeçada pelo Ministério da Saúde, e com o trabalho de conscientização sobre como lidar psicologicamente com o acidente biológico, é que a subnotificação de ocorrências dessa natureza vem sendo enfrentada, porém, façamos notar que, novamente, a receita para diminuir a sub notificação foi a ‘conscientização’ dos servidores.

Devido ao ambiente hospitalar e à manipulação de equipamentos de saúde, as unidades básicas e pronto-socorros oferecem riscos aos trabalhadores e aos usuários dos serviços. É iminente o risco de contaminação, infecções e doenças adquiridas nesses ambientes, quase todos por acidente de trabalho. Quanto aos usuários, nem sempre há o reconhecimento dos riscos de contágio e as infecções hospitalares são conhecidas, porém, a maioria, inevitável, segundo a vigilância epidemiológica.

¹ Dados divulgados no DAPE. Revista Especial-Saúde do trabalhador, 2007.

Os fatores são conhecidos, bem como as implicações e as complicações advindas de uma contaminação infecciosa, tanto para trabalhadores quanto aos pacientes/usuários, porém as ações para reduzir tais agravos, existentes nos manuais e protocolos produzidos para combater, prevenir e remediar os problemas, são ‘esquecidas’, ocasionando falhas as quais são corroboradas pela aparente inapetência do serviço. Situações que não são mensuradas e, portanto, não podem ser remediadas.

A responsabilização pelas ocorrências recai sobre os servidores e as justificativas que obtivemos, pouco variadas, são da ordem da ‘falta de conscientização’, falta de capacitação, falta de informação e orientação, ou seja, todas as respostas apontam para o servidor, para o trabalhador.

Temos que a Saúde do Trabalhador tornou-se foco das políticas públicas de saúde a partir das diretrizes do SUS, mais particularmente depois de uma compilação organizada por Andreotti, (2004), que culminou na construção de um protocolo em consulta pública para a Vigilância Sanitária e do Trabalho e que confirma essa afirmativa quando declara que o SUS tem como competência "executar as ações de saúde do trabalhador" e "colaborar na proteção do meio ambiente nele compreendido, o do trabalho" (CF Art.200 - Incisos II e VIII).

O processo de consolidação das Políticas do SUS se tornou bandeira política e, atualmente, passou a circular, como discurso, temas como a humanização do trabalho, o meio ambiente e a segurança do trabalhador, contemplados na Declaração da ECO – 92. Eles também compõem o Protocolo e situam o bem estar humano como centro do desenvolvimento sustentável, de acordo com Andreotti (2004, p. 02):

Considerando que a declaração da ECO - 92, ao definir desenvolvimento sustentável como uma estratégia para preservar as necessidades da população atual sem causar efeitos adversos à saúde e ao meio ambiente, sem esgotar os recursos naturais e sem comprometer as gerações futuras, situa o bem estar humano como o centro do desenvolvimento sustentável, assegurando uma vida saudável e produtiva em harmonia com a natureza.

A lista de prioridades segue no sentido de permitir, facilitar e satisfazer as necessidades materiais do trabalhador sem causar danos à natureza, à saúde humana ou à sociedade, mesmo em longo prazo. Essas conquistas estão garantidas e sendo implantadas e implementadas, de acordo com o Ministério da Saúde.

Esse protocolo se funda na Lei Orgânica da Saúde (8.080/90) que entende a saúde do trabalhador como

Um conjunto de atividades que se destina, através das ações de vigilância epidemiológica e sanitária, à promoção e proteção da saúde dos trabalhadores assim como visa à recuperação e a reabilitação da saúde dos trabalhadores submetidos aos riscos e agravos advindos das condições de trabalho.

Nesse documento, observamos a ênfase no fato de que as leis, os treinamentos e as capacitações são produzidos para o sujeito da cognição, o sujeito empírico para o qual só é necessário explicar o serviço e o funcionamento. Nossa hipótese é a de que haja a falta de um elemento da cadeia, subsumido e que é incontornável, ou seja, o sujeito da falta, o representante aqui da castração e o sujeito que vai fazer furo na completude cognitiva das leis e do desempenho esperado, previsto.

Os recursos humanos, “esquecidos” não apenas na fórmula, mas na citação abaixo, a qual, após ser submetida a uma análise discursiva, poderá nos colocar diante do insensível e do contingente.

A partir dos documentos oficiais que pautam a agenda de prioridades para a política de recursos humanos na gestão do SUS, do Ministério da Saúde (1996, p. 2), colocada enquanto cenário geral das novas políticas de recursos humanos, temos a descentralização administrativa e a autonomia de gestão; dois paradigmas complexos e inéditos que exigem incorruptibilidade.

No entendimento de Andreotti: “cabe ao gestor público assumir localmente a regulação dos processos de trabalho, das formas de entrosamento com o mercado de trabalho e da educação continuada”.

Esse fato desloca efetivamente a gestão desses processos para o âmbito municipal. Todavia, esse deslocamento não deve significar a repetição no nível local das práticas anteriormente existentes e amplamente questionadas de centralização e de verticalidade de ações.

A proposta de revitalização dos recursos humanos do SUS, o RHSUS (1996), contempla a oportunização de práticas educativas em Educação Continuada e Educação Permanente em Saúde nos serviços, abrindo espaço para as Supervisões Institucionais, para as Análises Institucionais, para os Cursos de Especialização em Saúde e para os Cursos de Formação em Saúde.

Todas elas são consideradas ações de consolidação das políticas públicas no âmbito do SUS, assegurando a conquista dos trabalhadores preconizada pela Lei 8080/90, cuja história foi descrita por nós, anteriormente. Uma de minhas tarefas, neste momento, é a de fazer notar o traço ideológico do discurso pedagógico que se apaga na oferta educacional que é feita a esse público.

Comumente, as ofertas educacionais se dirigem ao sujeito da ‘cognição’; porém, em alguns momentos, como será possível observar neste trabalho na sessão na qual descrevemos o ‘Curso de Formação de Facilitadores em Educação Permanente em Saúde’, poderemos supor um endereçamento a um sujeito diferente.

O esperado sucesso, deste e de outros cursos, depende de um ‘educando - trabalhador consciente e comprometido, implicado com suas práticas de trabalho, convocado a ser o responsável pelas mudanças de atuação, comportamento e comprometimento éticos de que o Sistema precisa para se consolidar’; portanto, não seria exagero concluir que esse educando seja também o responsável pelo eventual fracasso da ação educativa.

Dessa maneira, não somente a educação pedagógica é alçada à condição de resolução ou tamponamento de possíveis deficiências na estrutura e, conseqüentemente, na prática de definição de demandas por processos educacionais, como também o trabalhador implicado compõem a ‘solução’ para corrigir as ‘falhas’ do Sistema. Faço notar que essa saída é problemática por desconsiderar o risco de relegar a saúde a uma questão puramente solúvel em cognição e responsabilizar unicamente o trabalhador.

Do resultado de seu trabalho com uma equipe de NSF (Núcleo de Saúde da Família), Ribeiro; Mota (1996, p. 44), corroboram essa preocupação ao afirmar que “a desqualificação do componente pedagógico da formação e capacitação no âmbito das políticas de recursos humanos”, não pode ser contraposta numa posição de extremo oposto, “hiper-valorizando o pedagógico como se fosse capaz, por si só, de viabilizar as propostas de educação permanente”, por exemplo.

Entendemos que os processos educacionais devem existir e se consolidar tanto quanto as políticas públicas em sua totalidade e ampliação, porém, não compreendidos como único e melhor recurso, pois há situações internas ao processo educacional que consideramos enviesadas pela ideologia, fazendo-se necessário apontar para a homogeneização e para a pasteurização do discurso, um dos efeitos do funcionamento do “Discurso Pedagógico” (DP), promovidas pelo ensino e pelas estratégias de

ensinamento quando elevadas à condição de redenção e de via única para a solução dos problemas dos trabalhadores e usuários da saúde pública.

Seção 2

Sobre o Discurso Pedagógico e suas implicações na descentração do sujeito da educação.

Recorremos a Orlandi (1987) para compreender que, em seu funcionamento, os discursos são divididos em polêmico, lúdico e autoritário e, para ela, o discurso pedagógico funciona como o Discurso Autoritário, ou seja, destinado à supressão das diferenças após a inculcação de dados.

Mais do que informar, explicar, influenciar ou mesmo persuadir, ensinar aparece como inculcar. A inculcação pode ser caracterizada por meio de vários fatores próprios ao discurso e que fazem parte da ordem social em que vivemos.

De acordo com Ducrot (1972), os discursos têm leis. A lei da informatividade necessita que o ouvinte desconheça o fato que se lhe apresenta; para a lei do interesse não se pode falar legitimamente a outrem senão daquilo que lhe possa interessar.

A lei da utilidade que Ducrot (1972) considera uma lei “psicológica” na qual não se fala somente por falar, mas porque há uma utilidade em fazê-lo. “Além dessas leis gerais válidas para o comportamento lingüístico, há uma regulamentação para cada categoria de atos de fala; para cada uma das leis gerais pode-se fazer corresponder um tipo particular de subentendido”. No Discurso Pedagógico, segundo Orlandi (1987, p. 17), o que há é mascaramento.

A figura do professor, mantida a regulamentação para o ato de interrogar e de ordenar, diz Orlandi:

uma vez que é uma autoridade na sala de aula e não só mantém como se serve dessa garantia dada pelo seu lugar na hierarquia, o recurso didático, para mascarar a quebra das leis de interesse e de utilidade, é a chamada motivação no sentido pedagógico.

A autora salienta que o que aparece no Discurso Pedagógico como “motivação que cria interesse, uma visão de utilidade, faz com o que o DP apresente as razões do sistema como razões de fato. Palavras do léxico, tais como: dever, ser preciso, etc”.

São movimentos de linguagem observáveis somente depois de submetidos às análises que procuramos fazer do *corpus*, pois, a materialidade discursiva que se apresenta é a de um ‘convite’ para que os alunos se impliquem no processo de transformação da atenção à saúde, enquanto realizam suas tarefas e seu trabalho, ou

seja, na superfície da apresentação dos manuais não se evidencia a ação do discurso pedagógico enquanto tal.

A noção de mediação, ainda em Orlandi, é constituída pelas formações imaginárias existentes nas condições para o ensino onde se tem “quem ensina o que para quem e onde”, utilizando-se da técnica de imagens, em Pêcheux (1996), o que se tem é a inculcação destinada ao aluno, por meio da metalinguagem, para tanto, a autora constrói um esquema para essa imagem dominante do DP: “IB (R), sendo a imagem que o aluno faz de referente, o objeto do discurso que no DP aparece como algo que se deve saber”. Orlandi (1987, p.16).

Juntamente à quebra das leis do discurso, tem-se que: “a desrazão cede lugar à mediação da motivação que cria interesse, utilidade, etc. e essa motivação tem validade na esfera do sistema de ensino e deriva dos valores sociais que se lhe atribui” Orlandi (1987, p.18), portanto, a mediação é sempre preenchida pela ideologia, depois da anulação do conteúdo referencial do ensino e sua substituição por ideológicos, mascarando as razões do sistema com palavras que merecem ser ditas por si mesmas, isto é, o conteúdo legítimo.

Antecipamos aqui a descrição das Unidades de Aprendizagem do *Curso de Formação de Facilitadores de Educação Permanente em Saúde*, patrocinado pelo Ministério da Saúde e realizado com o *know how* em educação a distância da *Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz*, a FIOCRUZ, no Rio de Janeiro, para colaborar com a hipótese de que o conteúdo legítimo do ensino é preenchido pela ideologia apesar dos esforços de legitimação das práticas pedagógicas.

O curso de Facilitadores em Educação Permanente, que é uma das estratégias de consolidação do SUS, foi construído por diversos autores e validado por um grupo de 300 tutores de EAD. A edição impressa do curso à qual faço referência é DEGES (2005) e o autor apresentador do curso é Ceccim (2005). Neste trabalho destaco os títulos das unidades de aprendizagem em negrito por se tratarem de obras.

Enfatizamos esse esforço de análise para fazer um contorno ao Discurso Pedagógico, conforme teorizado por Orlandi (1987) a fim de escandir o papel do professor como mediador e do conteúdo programático como algo genérico e atravessado pela ideologia.

De acordo com Ceccim (2005, p.11), “este curso nasceu da necessidade de desenvolver capacidade pedagógica descentralizada para o setor da saúde e de disseminá-la por todos os Pólos de Educação Permanente em Saúde”.

Essa é uma das frases que compõem a abertura do módulo de **Orientações para o curso**, em uma carta aos alunos na Apresentação. O capítulo II é composto por informações sobre o curso, objetivos, concepção pedagógica e público alvo.

No terceiro capítulo, está descrita a Estrutura do curso e como o aluno deve estabelecer seu próprio plano de estudos, para realizá-lo por meio das Unidades de Aprendizagem, quatro, no total, discriminadas pelas cores: vermelha, verde, amarela e azul. Tais Unidades são compostas de textos e “estratégias pedagógicas, que possibilitam o desenvolvimento das capacidades de diversos atores do setor de saúde, para atuar estrategicamente na implementação de processos de educação permanente em saúde”.

Das quatro **Unidades de Aprendizagem**, três são utilizadas pelo aluno à distância, em seus locais de trabalho e a **Unidade Integradora** é utilizada em encontros presenciais, pelo menos dois para cada turma de facilitadores.

A **Unidade de Análise de Contexto da Gestão e das Práticas de Saúde** enfoca a multiplicidade dos problemas encontrados pelo aluno em relação à educação permanente e convidando-o a pensar esses problemas como uma totalidade. De acordo com a equipe pedagógica do Programa de Educação à Distância, EAD, tem como objetivos:

compreender a diversidade e a dinamicidade dos contextos que sustentam as práticas de saúde; reconhecer a integralidade como potência para a construção de mudanças nos desenhos organizativos das atenção à saúde; compreender a educação permanente em saúde como estratégia de gestão de coletivos e construir um quadro de referências com vistas ao planejamento da ação locorregional de educação permanente em saúde. (BRASIL, 2005, p. 21).

No Discurso Pedagógico a apresentação de razões em torno do referente reduz-se a uma tautologia, qual seja, a de ‘é porque é’ e não a razão do objeto do estudo. Segundo Orlandi (1987, p.19), “podemos encontrar o uso de dêiticos, a repetição, perífrases e objetualização (isso) ao nível da linguagem temos um discurso diluidor e diluído em relação ao objeto”, ao mesmo tempo em que apresenta definições categóricas e é extremamente preciso e coerente, ao nível da metalinguagem.

De acordo com Orlandi (1987, p.19), a transmissão de informação e fixação é considerada como um dos objetivos do DP, pois, em sua natureza, “a informação traz uma característica com pretensões de cientificidade e esta pode ser observada no DP

através da metalinguagem e da apropriação do cientista feita pelo professor” ou no caso deste curso, pelas Unidades de Aprendizagem.

A **Unidade Práticas Educativas no Cotidiano do Trabalho em Saúde** questiona as práticas concretas em vários campos da saúde, entre eles, gestão, atenção e controle social, para que o aluno consiga produzir, ao final dela, três relatórios que serão enviados ao tutor e socializados no Pólo de Educação Permanente locorregional. De acordo com a Equipe, os objetivos da **Unidade** são:

apoiar o desenvolvimento de práticas de Educação Permanente em Saúde, partindo de vivências e reflexões sobre o processo de aprendizagem significativa no seu trabalho e de estimular você a transformar toda ação em aprendizagem e conhecimento que possam ser fonte de transformação do processo de trabalho em saúde
BRASIL (2005, p.21).

A **Unidade Trabalho e Relações na Produção do Cuidado em Saúde** é composta de “casos ilustrativos, baseados em situações reais” e foram construídos para acompanhar o aluno na reflexão sobre o cuidado em saúde. À medida que os casos são descritos, o aluno encontra indicações de textos que dialogam com temas propostos, bem como atividades para “pensar e sentir”, que deverão ser discutidas com o tutor. A abertura dessa **Unidade** é descrita pela equipe como “o coração do cuidado em saúde”.

Ainda na estrutura do curso, há uma descrição do material didático, carga horária e duração, avaliação e certificação. O capítulo quatro, que trata das **orientações para o curso**, é intitulado: *Aprendendo à Distância* e traz os itens: *Seu Tutor/Professor*, *Sistema de Comunicação* e *Utilização do Ambiente Virtual de Aprendizagem*.

A metalinguagem, de acordo com Orlandi (1987), tem um espaço institucional para existir que, no DP, é o reino da objetividade do sistema. Segundo a autora, “o conhecimento de fato fica em segundo plano em relação ao conhecimento da metalinguagem, da forma de procedimento, da via de acesso ao fato”. Não havendo questão sobre o objeto do discurso e seu referencial, assim, apresenta-se um único caminho que é do saber institucionalizado, legal ou legítimo.

A autora considera o conteúdo educacional como sendo um artefato apontado como réplica do conteúdo mesmo, para que se construa, por meio da metalinguagem, a via científica do saber que se opõe ao senso comum: “o objeto aparece refletido nos recortes de uma metalinguagem que se constrói com maior ou menor especificidade, dividindo espaços dentro da instituição” Orlandi, (1987, p.20).

O considerado ‘passo a passo’ das Unidades de Aprendizagem e sua abrangência, bem como a retórica intimista e motivacional, colaboram com a ilusão de completude, ou seja, a de que tudo que o aluno precisa saber para trabalhar bem e de forma adequada às novas demandas será encontrado nos textos se forem lidos e obedecidos.

Uma das características do DP é recuperada no conceito de homogeneidade criada a partir da instituição, de acordo com Orlandi (1987, p.20): “é no espaço da instituição que o conhecimento é homogêneo, pois a instituição do saber como um todo abriga todas as divisões.

Tais divisões se agrupam em sala, aula, série, disciplina, nível, faculdade, universidade” e se pode incluir o curso à distância de que se trata, pois, apesar de não manter o modelo escolar formal, está submetido ao Discurso Pedagógico na medida em que os espaços reconhecidos entre quem sabe, o saber, e a quem ele se destina, são preenchidos pela ideologia na ilusão de completude.

Nesses movimentos de ir ao texto do curso de formação e à teoria da Análise de Discurso, pela via de Orlandi, (1987) direcionamo-nos para uma das possibilidades de compreensão acerca do motivo pelo qual a Educação Permanente em Saúde, bem como a educação e as estratégias pedagógicas não são as única saída e a única opção de recuperação das ‘falhas’ do SUS, não podendo, portanto, serem mantidas como condição de solução.

O Discurso Pedagógico incide homogeneizando o saber e anulando o aluno enquanto subjetividade, especialmente quando o mantém na condição de quem nada sabe e pode ser considerado um dos algozes dos trabalhadores e alunos.

Seção 3

O que escapa aos processos educativos e às leis na implantação de uma saúde pública de alta qualidade.

De acordo com o Ministério da Saúde (LOAS-8080/90), o princípio de Humanização, uma das Diretrizes de funcionamento do Sistema, “evoca no profissional de saúde, o olhar para o sujeito, usuário do serviço público de saúde, com a condição de humanidade, facultando-lhe o direito a um atendimento digno”.

Lembrando que a LOAS é uma conquista dos trabalhadores a partir do movimento social, conforme relatamos anteriormente, no entanto, fazemos notar que estamos diante do Discurso Jurídico (DJ), onde cabe a questão: a quem se destina?

Recorremos à noção de sujeito presente na AD de filiação francesa e na Psicanálise. Para Lacan e Pêcheux, não existe sujeito isolado do contexto histórico-cultural em que se situe, não existe sujeito fora da linguagem, nem tampouco, processos humanos que estejam fora da cultura.

Retomando os objetivos desta pesquisa, pretendemos investigar os modos de produção do conhecimento nos quais os trabalhadores de saúde foram envolvidos atualmente, com as novas diretrizes para a consolidação do SUS, os processos de educação permanente em saúde e também como as relações pessoais que, segundo Lacan (1985, p. 41), são laços sociais e, portanto, políticos, se estreitaram para consolidar uma política que se diz apartidária, a fim de utilizar isso para a delegação de responsabilidades aos Pólos de EPS, trabalhadores da área da Saúde e usuários dos serviços. Conforme observamos nas falas de Ceccim:

Não vai haver atalho. O SUS sozinho não tem capacidade de formação para dar conta do desenvolvimento dos profissionais de saúde. E as instituições de ensino, fora do contato com a realidade da construção do SUS, não vão se transformar. Então, temos é que encontrar estratégias para facilitar o complexo processo de interação e pactuação e não abandonar a proposta... Reconhecemos que o “ideal” está longe do real. (DEGES. CECCIM, 2004, p. 01).

As tentativas de construção do sistema público de saúde têm passado por várias reformas, entre elas, a criação dos Programas de Saúde da Família. Nota-se que, ao se inserir o profissional de saúde da família no contexto da saúde da comunidade, espera-se que, este seja a redenção das esferas governamentais, assegurando a saúde pública e a

manutenção de um sistema eficiente de atenção à saúde. No entanto, a saúde foi organizada em sistemas curativos e nunca preventivos, o que dá ao sistema um caráter tardio enquanto promotor de saúde.

O trabalho de Borges (2002), desenvolvido a partir de uma pesquisa junto ao “Núcleo de Saúde da Família - 1” (NSF-1) de Ribeirão Preto, caracterizado por um serviço de assistência, ensino e pesquisa, vinculado à USP, confirma essa afirmação:

Falar de conceitos ampliados de saúde não significa que tais conceitos sejam os mesmos propostos pelos profissionais de saúde. Um discurso amplamente afinado com conceitos de promoção de saúde pode sustentar uma prática medicalizada para a ausência de doenças. (BORGES, 2002, p. 332).

No entanto, o que se tem observado é um progressivo aumento de frustrações e sobrecarga de trabalho, que acaba por produzir os mais diferentes sentidos sobre o sujeito, sobre o trabalho e sobre si mesmo.

Vou me valer do trabalho de Motta (1998), que realiza um esforço de compreensão do funcionamento dos processos de educação de trabalhadores. Em sua dissertação de mestrado, conclui que:

O desejo por conhecimento, constantemente afirmado, não é problematizado a partir das necessidades apontadas pelo processo de trabalho, construindo assim um quadro de exterioridade do sujeito com referência à relação educação-trabalho. A organização do trabalho constrói uma “cultura institucional” ainda fortemente hierarquizada, legitimando espaços de definição e operação de demandas ao mesmo tempo, que dificulta a criação de práticas mais horizontais que aproximem - se das reais necessidades educacionais apontadas pelo processo de trabalho em saúde. (MOTTA, 1998, p. 112).

O autor investe no compromisso de criar um sistema educacional para a saúde, que seja capaz de alterar não somente o discurso do trabalhador, mas sua prática.

É provável que os trabalhadores de saúde tenham a impressão de fazer o que dizem fazer ao dizerem. Na compreensão hegemônica, é mais importante o que um sujeito faz em seu trabalho do que o que ele enuncia fazer, no entanto, para a AD, uma “teoria crítica da linguagem que propõe fazer confluírem conhecimentos lingüísticos, sócio-históricos e ideológicos e nos interessa tratar da determinação histórica dos processos de significação”. (ASSOLINI, 2004, p.138).

A partir da determinação histórica dos processos de significação, reconhecemos o “apagamento” de sentidos, próprio do discurso político, definido por Pêcheux, como papel da memória². Faremos a análise discursiva dos apagamentos linguísticos, percorrendo as formações ideológicas nos discursos dos sujeitos, até que os encontremos nas várias posições *sujeito* que ocupam em seus discursos e em seus papéis.

Ao estabelecerem relações distribuídas ideologicamente, de modo a suprimir as situações de classes, poderemos fazer os destaques e recortes no discurso hegemônico no que concerne à formação pedagógica e ao desenvolvimento de “habilidades necessárias ao trabalhador da saúde”.

O *corpus* privilegiado para a análise, neste trabalho, constitui-se de uma entrevista concedida a mim por uma ex-aluna do curso de formação de facilitadores em educação permanente em saúde, realizada em seu atual local de trabalho, um Centro de Atenção Psicossocial, localizado no município de Mirassol, no Estado de São Paulo, equipamento de saúde pública, onde a entrevistada é atendente.

Nossa intenção é de nos servir de documentos públicos oficiais que transitam diariamente no cotidiano da sociedade, entre eles, o material de apoio pedagógico do curso de formação de facilitadores de educação permanente em saúde, bem como a Lei 8080/90 para realizar alguns contrapontos nas formações discursivas dominantes.

Com relação à Lei Orgânica da Saúde, diretrizes e princípios do Serviço Único de Saúde, nº 8080/90, que orienta o trabalho e as ações políticas dos municípios e estados em relação à atenção integral à saúde das pessoas, o princípio da diretriz no SUS, que é a busca da Humanização e da Integralidade na qual o trabalhador da saúde deverá atender ao usuário como ser integral e ajudá-lo a retomar “o caminho da saúde integral.”

Vamos observar também a Portaria nº 198 de Fevereiro de 2004 (Costa, 2004) que providencia a estratégia de Educação Permanente em Saúde no processo de trabalho, como política de consolidação do SUS.

Além de constituírem os vários *corpora* de análise do trabalho, tais documentos possibilitarão alguns contrapontos às múltiplas possibilidades de análise, posto que, para um analista filiado ao paradigma indiciário, o dado não é visível e transparente como pretendem os paradigmas dedutivos.

² ACHARD, 1999.

Os sujeitos, em número de 16 (dezesesseis), foram alunos do curso de Formação de Facilitadores de EP, organizado pela FIOCRUZ/RJ e descrito anteriormente. Os alunos desse curso serão os próximos facilitadores do processo de educação permanente em saúde, por isso, foi oferecido aos trabalhadores da saúde, membros dos Conselhos Municipais de Saúde e usuários dos serviços de saúde.

As ações, tanto políticas quanto pedagógicas, na área da Saúde Pública no Brasil, são coordenadas pelas Direções Regionais de Saúde, as DIR, no caso de São José do Rio Preto e loco – região, a DIR XXII. A região Noroeste Paulista, na qual nos encontramos em São José do Rio Preto, totaliza 161 municípios e constitui o Pólo Noroeste Paulista de Educação Permanente em Saúde. (PEP Noroeste Paulista).

Atualmente a nomenclatura da divisão foi alterada para DRS 15, com apenas 15 municípios sob a responsabilidade do município de São José do Rio Preto.

Os critérios de seleção e indicação de alunos obedeceram à ordem de participação e envolvimento das pessoas nos pólos de educação permanente em saúde e ao fato de serem consideradas pessoas-chave em seus locais de trabalho, tanto por seus colegas quanto pelos superiores. Deveriam ser pessoas que contribuíssem efetivamente com os pólos de Educação Permanente de sua região e que, de fato, se interessassem por melhorar a qualidade da atenção à saúde no país.

Durante três dias, os alunos facilitadores cumpriram várias tarefas propostas pela coordenação pedagógica. Essas tarefas tinham a motivação de permitir que os alunos tomassem contato com o material que deveriam estudar por aproximadamente cinco meses.

A última tarefa consistia em traçar um plano de estudos individual, baseado no interesse, dificuldade ou maior proximidade com o tema e justificá-lo. Em tal justificativa, o aluno deveria incluir suas expectativas iniciais em relação ao curso, para que fossem comparadas com suas conclusões finais.

Por tratarem-se de documentos públicos, os planos de estudos individuais encontram-se em anexo a esse trabalho para que possamos fazer os contrapontos que consideramos pertinentes em relação ao envolvimento de cada aluno com a tarefa de aprender as lições dos manuais e transformar suas práticas de atenção à saúde dos usuários.

Alguns destes alunos não realizaram o curso até o final, três deles desistiram em razão de afastamento do trabalho por motivo de doença e de impossibilidade de

cumprirem as exigências do curso no período de trabalho; declaram que não seria possível conciliar as rotinas de trabalho com as exigências do curso.

Os quatro discursos e os lugares do sujeito e do objeto diante da ideologia

Pretendemos nos valer para esse trabalho das análises de conjuntura social do sociólogo Bauman (2009), na qual o autor conclui que uma das possibilidades para pensarmos a divergência é que ela traz em seu cerne os efeitos de uma “insegurança radical na Modernidade Líquida” e que as ações humanas estão repletas de atuações, no sentido lacaniano, *acting-outs*, que podem ou não se evidenciar em contrapartidas reacionárias, apesar de se tratarem de discursos tão progressistas que aparentemente subsumem a contradição e as idiossincrasias.

Vamos nos valer do conceito de Interregno, em Bauman, para pensar uma possibilidade no intervalo entre guerras, na limpeza dos escombros e na necessidade de fazer esperar pela mudança e pela modificação constantes embora não tão rápidas quanto se espera em oposição à dialética do senhor e do escravo que altera o “discurso do mestre” e suas implicações com a noção de trabalho nos dias atuais.

Porém não sem antes nos lembrarmos de uma necessária noção de sujeito em Lacan. O sujeito clivado ou dividido é o mesmo sujeito que anda nas ruas, trabalha, ama e falha, entre outras poucas coisas. O sujeito lacaniano é o irreduzível sujeito, de acordo com Bairrão (2003), o sujeito do inconsciente, da falta primordial.

Em Lacan, pode-se encontrar, no estágio de espelho, e há quem diga que até mesmo anteriormente, o sujeito e sua constituição a partir do grande outro, em relação ao Outro e temos o inconsciente estruturado como uma linguagem que há que se dizer “escrita”, até mesmo para justificar as contradições internas da psicanálise, às quais não pretendo me furtar.

Na Análise do Discurso Pêcheuxiana as “posições sujeito” são ocupadas pelos falantes e são alternadas e modificadas de acordo com a ideologia que interpela os sujeitos em seus discursos até mesmo em textos oficiais.

Recorro aos discursos na psicanálise a fim de evidenciar alguns gestos de interpretação que se seguirão. Ler os discursos e fazê-los funcionar é uma tarefa que realizaremos com o auxílio de Laurent (1992).

Laurent (1992) inicia uma discussão sobre os seminários lacanianos e seu caráter de comentário sobre um efeito atribuído anteriormente à realidade e que foram redigidos por Jaques - Alain Miller e divididos em três partes, a saber: “Eixos da subversão analítica”, “Mais além do complexo de Édipo” e “O avesso da vida contemporânea”; a união destas três partes se dá com a escritura dos quatro discursos, no seminário Livro 17: “O avesso da psicanálise”, cujo movimento pretendo inscrever aqui.

Entre o mestre e a histórica, se trata da localização do gozo. Depois, vemos a promoção do gozo por meio do saber, que para Laurent (1992, p.12), é incomum. A lição seguinte localiza a verdade com relação ao gozo e, finalmente, o campo lacaniano é denominado como campo do gozo.

A primeira parte do seminário, segundo Laurent (1992), é usada por Lacan para indicar que a pergunta: qual a localização do gozo em nosso mundo? É a subversão analítica, cujo eixo é a consideração do gozo como tal.

A segunda parte “Mais além do complexo de Édipo”, retoma o diálogo entre o mestre e a histórica, que muito nos interessa na dialética do senhor e do escravo para abrir caminho às discussões sobre o trabalho, quando não há saída para o “senhor, mestre, castrado”.

Na segunda sessão, Lacan se refere a Édipo e a Moisés e demonstra a inconsistência dessas duas figuras juntas; o pai de família, o bom pai que se deduz é muito diferente da ferocidade de Moisés, em uma relação com um deus também muito feroz. Esses dois, por sua vez, muito diferentes do pai primevo, o do Totem e Tabú, o pai darwiniano que supostamente desfrutava todas as mulheres, como enfatiza Lacan, já o pai de família tem dificuldade para gozar de uma; portanto, a figura pai que Freud coloca para vigiar o gozo é inconsistente.

O pai é uma figura inconsistente, por isso é necessária a terceira lição dessa parte do seminário, ou seja, mais além do mito reduzido ao complexo de Édipo, para dar conta da estrutura que anima o discurso analítico frente ao gozo. Isso finaliza com uma lição consagrada a um Deus apaixonado.

De acordo com Lacan o Deus judeu não é tranquilo. Há nele uma inquietude especial, uma paixão de ignorância, feroz: a feroz ignorância desse Deus, se há ou não algo para vigiar esse gozo, como supostamente havia antes dele e, se interroga se há um significante para acalmá-lo, para ordenar esse campo do gozo. Termina com uma necessária interrogação referida ao horizonte do nosso mundo. Mesmo sendo ateus, nada nos alivia da feroz ignorância que temos de enfrentar.

Assim, localizamos duas figuras: o Deus de Freud e o Deus de Lacan, que não se articulam da mesma maneira. Para Laurent (1992), se a subversão analítica é a consideração do gozo, se o mais além do complexo de Édipo nos leva a considerar de novo a questão do pai, então, chegamos ao “Averso da vida contemporânea”.

A fim de não se furtar ao avesso da contemporaneidade, Lacan começa um diálogo nas escadarias dos nobres e ilustres pensadores: as escadarias do Panteón. Há

uma ironia por se tratar de ‘solo sagrado’ dos mestres, os ilustres da república européia. Para esse diálogo, Lacan cunhou um neologismo: a aletosfera, os cortes de aletosfera, a impotência da verdade, o poder dos impossíveis.

Sob esses títulos misteriosos, se acha a interrogação pelo atual estatuto da verdade num mundo atravessado pelos cortes de aletosfera, pelas produções da ciência, ou seja, qual o estatuto da verdade em nosso mundo? Para a sociologia, é um mundo ordenado pelo saber da ciência, porém, Lacan tratou de inventar uma outra resposta e declara que, para se falar de uma nova verdade, convoca-se um Deus mais feroz, isto é, o integrismo religioso.

A partir do movimento integrista, no cristianismo, no islamismo e no judaísmo podem-se observar os efeitos que isso produz na organização das massas humanas, mesmo que se recorra a um monte de livros para explicar os fenômenos e acalmar a curiosidade sobre esses movimentos, que não só são de chamado ao ideal, mas têm algo de presença de uma feroz ignorância, comenta Laurent (1992.p.14).

A resposta de Lacan propõe neste mal estar presente na cultura, nesta dificuldade moderna com o gozo, fazer valer a resposta do discurso analítico, o que antes chamou de a Ética da psicanálise e em sua forma mais completa.

A lição os sulcos de aletosfera está consagrada a uma reflexão sobre o que é um analista. A partir deste ponto se pode interrogar o poder dos impossíveis e com isto, Lacan retoma a questão das profissões consideradas impossíveis por Freud: governar, educar, analisar. Comenta que dos discursos destacados por ele, o do mestre faz eco à impossibilidade de governar, o discurso da universidade, à impossibilidade de educar e o do analista, à impossibilidade de analisar; soma-se a isso a impossibilidade de histericizar-se de verdade, que é o discurso da histérica; o fato de ser impossível encapsula um real; o real do gozo, para Lacan, a História não existe e sua obra é compatível com sua consideração de que a História não tem consistência.

Para nós, a impossibilidade se mantém, afinal, o que equivale todos os discursos fundamentais é, em Lacan, a impossibilidade discursiva do sujeito e estrutural de se ter acesso ao saber sobre a causa do desejo – o objeto a e a direção do desejo – desejo do Outro. Assim sendo, restam-nos alguns gestos de análises, gestos de interpretação, de acordo com Orlandi (2001).

Laurent (1992) recorreu ao texto Radiofonia, que foi escrito no decorrer desse seminário e uma lição nele foi dedicada a ler uma parte das respostas lidas na rádio belga, que compõem o texto “Radiofonia”. De acordo com o autor, quando se publicou

Radiofonia, se aludiu à escritura dos quatro discursos. Na edição castelhana, há o mesmo erro que na edição francesa de Radiophonie, o que, para Laurent, dá mesmo a ideia de que é impossível educar, ou seja, “o erro é que puseram impossível acima”, na flecha que une S^1 e S^2 , no lugar de incluí-lo entre o objeto e o sujeito, que é seu lugar.

Do mesmo modo, impotência vem entre S^2 e a , ao invés de alocá-la como impotência dos sujeitos produzidos pela universidade em colocar-se no lugar do mestre. Assim como a impotência da histeria é a de produzir um saber que possa dar conta do gozo. E o impossível do discurso analítico, finalmente, é a questão do atravessamento do plano das identificações; para o sujeito produzido por uma análise, a impossibilidade é, finalmente, identificar-se frente ao saber.

Laurent (1992) considera estes erros como sendo de impressão e procura configura-los como tais; em Radiofonia, se definem como lugares: agente, verdade, o Outro; a produção; porém, mesmo no seminário, há outras formas de nomear estes lugares, quais sejam: desejo, no lugar de agente; grande outro, no lugar de verdade; falta, no lugar de produção, que são sinônimos e exatamente o avesso da idéia do discurso capitalista pelo qual a produção é necessariamente um mais e não um menos, a idéia de um esforço de produção de algo que tem que perder-se.

A produção destes discursos começa para Lacan, como uma referência direta a Freud tanto em Mais além do princípio do prazer quanto em Esquema da psicanálise, nos quais Freud produz a vivência de gozo como inscrição de uma marca e, ao mesmo tempo, a impossibilidade de repetir aquela primeira vez, o qual instala uma série de repetições como perda, falta. Lacan situa o que foi o Outro, e lugar das marcas, a experiência da vivência de gozo, desdobrando-a na escritura:

$$\frac{A}{J} \quad \text{onde} \quad A \equiv S^1 S^2$$

Fonte: Castro (2009).

Em Freud trata-se de um eu, um sujeito, que vai buscar um objeto perdido desde sempre. Inscrita esta marca, se produz um sujeito que em busca de outra marca, com a produção de uma perda, a surpresa total para Laurent (1992), é chamar isso de discurso do mestre.

Nosso esforço de compreensão acerca dos quatro discursos fundamentais na psicanálise não cumpre uma função meramente retórica embora o esforço seja visivelmente grande; estes conceitos deverão apoiar as análises que faremos oportunamente.

A questão enunciativa nos capturou nos primeiros movimentos em direção à produção teórica deste trabalho, posto que, muitas vezes, tornou-se tentadora para nós a escuta não investigativa, supostamente livre e, portanto, naturalizante para os sentidos produzidos até então, pela história do trabalho e dos trabalhadores no Brasil; apenas depois, com os tempos de elaboração e pesquisa, surgiram possibilidades de investigação a partir da falta de alguns conceitos, entre eles, enunciação e enunciado e um pouco da historicidade que localiza o surgimento destes sujeitos.

Para Foucault, existiu o ser da linguagem, do qual se tem lembrança da existência a partir do Renascimento, posto que, antes disto era inexistente, não existia a significação dos signos na cultura, visto que esta era absorvida pela “soberania do

semelhante; mas onde seu ser enigmático, monótono, obstinado, primitivo, cintilava numa dispersão infinita”.

Buscamos uma história da Análise do Discurso e os primeiros elementos da mesma, construídos em um Colóquio sobre o qual segue também uma resenha nossa do artigo citado abaixo; para as autoras, foi Benveniste quem formulou a dicotomia enunciado/enunciação, sob a qual a Análise do Discurso (doravante, AD) funcionou desde a década de 70, (porém, “ao voltar seu interesse para a enunciação, recalca a História”) (TFOUNI, ROMÃO).³ No entanto, restava a tarefa de dar conta do enunciado.

A enunciação possibilitaria a apreensão, no interior do enunciado, da relação com sujeitos, situações, conjunturas; centralidade no sujeito subjetivo e elaboração de tipologias a partir de marcas enunciativas; como se os falantes imprimissem suas próprias marcas no texto, reduzido a um conjunto parafrástico.

Situada em preocupações de ordem histórica e teórica, a AD produziu estudos concretos que fizeram avançar a questão do sujeito, descentrando-o de uma visão psicologizante. Para Tfouni e Romão, a questão da enunciação desenvolvia-se em torno da noção de *estratégias discursivas*; relação entre enunciação e ideologia (no sentido marxista), desfazia a estrutura enunciativa; sujeitos plenos, determinados por um exterior ideológico. Désirat e Hordé (*apud*) iniciaram a discussão sobre a formação dos discursos pedagógicos. Nós o retomamos aqui, sob a ótica de Orlandi e dele, do discurso pedagógico subtraímos o que nos serve para identificar alguns dos nós que o mesmo produz ao se oferecer como saída para os males dos trabalhadores da área da saúde.

A questão da enunciação não mais ocupava o primeiro lugar na reflexão produzida pela AD sobre ela mesma. Em Semântica e Discurso, Pêcheux propõe um deslocamento em direção a uma reflexão teórica sobre a forma-sujeito e as ilusões da transparência do sentido, do sujeito-fonte do sentido; a enunciação deixava o terreno da relação discurso-língua. Embora esta crítica se formulasse em termos de um metadiscurso, o procedimento vinha acompanhado de uma crítica às tipologias enunciativas; tanto discursivas quanto ideológicas.

No Simpósio sobre o “discurso político: teorias e análises”, organizado pela Universidade Autônoma do México em 1977; diante de um público latino apaixonado

³ *A enunciação e a inscrição da história na língua* (submetido à publicação em Cadernos de Estudos Lingüísticos)

pelo discurso político, Pêcheux toma de empréstimo a Foucault a noção de “formas de repartição” e a de “sistemas de dispersão”, para enfatizar a descontinuidade e a heterogeneidade da ideologia e a divisão de sentido.

A enunciação reaparecia sob a categoria da *contradição*, que seria designada de *heterogeneidade* e sob outra categoria, a do *acontecimento*, centro atual das preocupações dos autores, implicando agora, a questão do sujeito como novo objeto da AD, isto é, a teoria do discurso na qual o conceito correlato era o de ideologia; o retorno a Foucault proposto por Pêcheux significava enfatizar o singular, o único: “o objeto de uma análise de discurso parece ser o descrever uma sequência real única e não repetível.” (Análise de Discurso e Linguística Geral).

A descrição do deslocamento dos sujeitos, de sua passagem de um lugar enunciativo para outro, identifica-se de uma série de acontecimentos discursivos. Exclui-se um metadiscurso sobre a enunciação; a descrição dos lugares enunciativos engendra suas próprias categorizações.

O conceito de *divisão do sentido*, discussão iniciada por Pêcheux recebeu novos desenvolvimentos com Courtine (2006), a noção de *enunciado dividido*, permitia abordar a questão do heterogêneo no interior da formação discursiva. Sériot trabalharia a estratificação dos espaços enunciativos no discurso político soviético; a partir de um questionamento sobre o funcionamento da nominalização; (as relações predicativas não verbais). Desde 1978, Authier-Revuz, em seus trabalhos sobre o discurso relatado, incluiu o tema da presença do outro no discurso dos falantes; “Materialidades Discursivas” simboliza o lugar que esse tema manteve na AD.

Pêcheux enfatiza um novo deslocamento em torno da questão do sujeito e de sua legitimidade; faz surgir no acontecimento discursivo um novo sujeito, o qual se encontra fora das redes dominantes de legitimidade; qualquer que seja o julgamento de legitimidade feito a respeito do sujeito está diretamente ancorado na língua e na história. Criticando a idéia de sujeito pleno, Pêcheux fala da necessária “deslocalização tendencial do sujeito enunciador”. Este não está mais no centro dos processos de legitimidade, está lá onde apenas as descrições locais podem recuperá-lo e categorizá-lo, não sem promover acontecimento discursivo e consciência linguística.

As marcas enunciativas, não sendo mais consideradas no início da análise, são deslocadas e dependem de um processo singular de construção do sujeito da enunciação. Em uma perspectiva histórica, toda interpretação de um lugar enunciativo

necessita levar em conta a consciência linguística da época considerada e a forma como a questão da enunciação é colocada nesse período.

No século XVIII, os revolucionários pensavam a verdade da língua através de um esquema de adequação entre as palavras e as coisas; apesar das múltiplas iniciativas linguísticas daquela época, nada suscitou uma reflexão direta sobre a questão da enunciação e, da conscientização desta falta, depende a interpretação das relações historicamente comprovadas entre marcas e posições enunciativas.

O primeiro exemplo no *corpus*, “em torno de *du pain ET X*”, é constituído de um conjunto de enunciados extraídos de arquivos diversos e oriundos de situações heterogêneas de comunicação onde *du pain* relaciona-se, em dois momentos históricos diversos, principalmente com liberdade por um lado, e ferro, por outro.

No primeiro momento, a presença de um sujeito está relacionada aos afrontamentos em torno de *du pain et la liberté* (pão e a liberdade). O então desconhecido, Robespierre, no mesmo movimento invalida a coordenação *du pain et des soldats* (pão e soldados) e legitima uma futura fórmula do jacobinismo: *du pain et la liberté* (pão e a liberdade). O argumento construído sobre a base de um jogo enunciativo permite aos revolucionários designar a verdade da Revolução sobre a questão do pão, ao mesmo tempo em que, nas revoltas populares pela subsistência, ainda não existe um porta-voz, um sujeito de enunciação que traduza, no terreno político, o enunciado desta verdade. Quatro anos mais tarde, em 1793, os porta-vozes são onipresentes e constituem permanentemente um espaço de entendimento sobre a questão da subsistência. A coordenação continua presente sob a forma *du pain et du fer* (pão e ferro), no entanto, é notável a ausência das marcas enunciativas no uso que dela fazem os porta-vozes: a incessante repetição da palavra de ordem remete ao sujeito anônimo dos Direitos do Homem.

O segundo exemplo, é de natureza absolutamente diversa: a ausência de reflexão sistemática, ao final do século XVIII, sobre a enunciação esclarece um fato paradoxal: o tratamento desigual da retórica e da gramática. Em nome da adequação necessária entre as palavras e as coisas, “os gramáticos patriotas, porta-vozes em questões de iniciativa linguística, ligam a retórica à lógica e ao raciocínio”. François Urbain Domergue, no *Journal de la Langue Française* (1791), insiste sobre o fato de que “não há eloquência verdadeira sem propriedade de palavras”. Se, por vezes, a retórica está em pauta, nos primeiros anos da Revolução é quase inexistente a publicação de manuais de retórica que atestam o uso de categorias retóricas no novo discurso político. Instigou-lhes à

dúvida de que estaria “tal fato ocorrendo em razão de que, aos olhos dos revolucionários, a publicidade que fosse dada à retórica poderia trazer o risco de conduzir à sofística”.

Entretanto, descobriram recentemente, em coleções particulares, manuais de retórica manuscritos. O caso mais espetacular é o de Anaxagore Chaumette, procurador da *Comuna de Paris*, encarregado de pronunciar diariamente longas acusações diante dos cidadãos parisienses. Ele dispunha, sobre a mesa de trabalho de sua casa, de um manual de retórica do qual era autor. Assim, o acesso metódico às figuras da retórica permanece de uso privado, como se uma proibição não formulada pesasse sobre a publicação de tais textos.

Já as gramáticas gozam de interesse geral. Um concurso é aberto para promover a gramática elementar. Elas são frequentemente publicadas, embora algumas permaneçam manuscritas. Um caso particularmente interessante é o de Antoine Tournon, outro gramático patriota. Estando sob suspeita, redige a única gramática dos *sans culotte* de que se tenha conhecimento. Sua correspondência com Fouquier Tinville e com o Comitê de Segurança Geral indica que ele escreveu essa gramática para “justificar sua lealdade e dar provas de patriotismo. Esse exemplo paradoxal demonstra a importância da consideração da consciência linguística na abordagem do acontecimento discursivo”.

Em AD, o procedimento deverá permitir caracterizar fatos de língua, conhecer proposições de sujeitos históricos e sua consciência linguística e considerar as enunciativas co-presentes no efeito de língua que constitui o acontecimento.

A enunciação tem um valor reflexivo que foi ocultado nos primeiros estudos enunciativos da AD. O metadiscurso tomou o lugar daquilo que permite fazer emergir as caracterizações do discurso. Os debates mais explícitos da AD enfocavam as condições de produção e a constituição do *corpus*, deixando de lado a questão da enunciação, confrontados com remanejos necessários, questionavam a questão do sujeito. Centralizando o heterogêneo e o acontecimento discursivo, pode-se circunscrever o papel da categoria de enunciação na história da AD, abrindo-se a possibilidade definitiva de realizar a história da análise de discurso.

Para Ducrot e Anscombre “a enunciação é a atividade de linguagem exercida por aquele que fala no momento em que fala. Ela é essência, história...”.

Para esses autores, a enunciação é definida em relação a uma ação individual, o que pode ser levado ao limite da inclusão do intencional no ato de enunciação. Em

Benveniste, enunciação não está pensada em um espaço psicológico e sim, em termos de subjetividade, ou intersubjetividade, como constituída linguisticamente; enunciação é o “ato de apropriar-se da língua”. Intersubjetividade é algo previsto no sistema da língua, não é uma construção da enunciação.

Para Foucault: “diremos que há enunciação cada vez que um conjunto de signos for emitido”, o caráter de irrepetibilidade da enunciação; a enunciação é vista como o lugar do sempre novo; a esta caracterização da irrepetibilidade da enunciação está o modo de ver a história como tempo. Isto se confirma em Benveniste, que diz que o tempo é que tem caráter explicativo na consideração do histórico.

Para sair da perspectiva temporal da história, abre-se o diálogo com a análise e teoria do discurso deixando claro que “enunciar é determinado socialmente, pelo menos em parte”.

O enunciado se caracteriza como elemento de uma prática social e inclui, na sua definição, uma relação com posições do sujeito, e seu o sentido se configura como um conjunto de formações imaginárias do sujeito e seu interlocutor e do assunto de que se fala. Seu caráter é essencialmente relacional, só há enunciado se houver mais de um; é o caráter inescapavelmente histórico da linguagem.

Para Gruenais, “o real é o termo (no sentido de limite) de um discurso”; em Vidal-Naquet, a relação do mundo e do discurso é que o mundo “adquire” sentido ao ser discursivizado; portanto, está no discurso segundo certas posições do sujeito que os indivíduos podem ocupar.

Orlandi & Guimarães afirmam que o texto é uma construção com começo, meio e fim que se constitui como um “cruzamento” de discursos, de enunciados de discursos diferentes e, o fato de ter começo, meio e fim se deve à temporalidade.

Visceralmente ligado ao conceito de sistema, criado por Saussure para tirar a reflexão da linguagem do naturalismo do século XIX, sem cair no atomismo de abordagens históricas da época; inclui-se a relação entre os elementos constituintes e suspende-se a materialidade histórica. O histórico é nessa perspectiva, diacronia. Tanto no naturalismo, como no estruturalismo, vê-se a língua fora da história; com a noção de sistema não se entende a língua como um “conjunto de relações”. Por essa razão, a noção de sistema será subtraída doravante do interesse dos autores.

Foucault opõe o modo de existência de formas como o sintagma, sucessão e permutação, ao modo de existência do signo da língua; coloca-os como constituídos pelo enunciado.

Para os autores, os próprios signos são, então, constituídos pelos enunciados, podendo assim, definir a *língua*, como “conjunto” de relações; não sistema.

O que constitui um enunciado não é o fato de se reunirem signos, segundo certas regras, já que os enunciados é que constituem tais regras.

Os signos não são os constituintes de enunciados que a eles preexistem, também são constituídos pelos enunciados e por isso eles não são os que emergem numa situação específica, mas, se definem por sua historicidade social.

A historicidade do enunciado é a condição necessária e suficiente da constituição dos signos e, por conseguinte da língua. Os enunciados constituem a língua e, assim, são linguagem e não parte de uma situação no mundo. Desse modo, os autores definem a língua como uma dispersão de regularidades linguísticas, constituídas sócio-historicamente.

O aparecimento desses enunciados é um acontecimento que tem características de certas condições sociais e históricas. O aparecimento do computador e seu modo de existência social constituem-se as condições para um acontecimento enunciativo que produza os enunciados acima. Este acontecimento não é só temporal, o histórico dele tem que levar em conta sua relação com as formações discursivas; não é o sempre novo, é um acontecimento no tempo, e só é novo enquanto acontecimento no tempo; do mesmo modo uma unidade lexical só existe, se existe um enunciado em um domínio de enunciados.

O acontecimento de linguagem é um acontecimento cujo caráter repetível em contato com o novo dá condições de existência a *acessar* e o incorpora à língua, deixando de ser considerado como criação do momento de fala, mesmo porque tal impressão é uma ilusão. Esse acontecimento é a enunciação, definido pelos autores como o acontecimento sócio-histórico da produção do enunciado. Desse modo, não é um ato individual do “sujeito”, nem é irrepetível, por se dar no interior de uma formação discursiva, embora no acontecimento enunciativo possa-se expor o repetível ao novo e isso pode levar à criação de um novo enunciado e mesmo de um novo signo. E, na medida em que a enunciação se dá, pode levar a uma transformação nas formações discursivas, criando espaço para novos enunciados e novos signos.

Nossa intenção com a inclusão desta elucidação teórica tomada de empréstimo dos autores supra citados vem na direção de conformar algumas das muitas posições sujeito que poderemos encontrar no decorrer das análises, bem como das diferentes formações discursivas tanto dominantes como dominadas com as quais nos deparamos.

Consideramos conveniente também recorrer à análise realizada por Chemama (2002) em “Elementos lacanianos para uma psicanálise do cotidiano”, posto que alguns recortes e algumas leituras de mundo só fazem sentido, quando lidas por dentro; não de um dentro em oposição a um fora, optando pela exterioridade ou interioridade, mas, sim, tratando da relação com o Outro, da constituição do sujeito, da fundação do discurso e, principalmente, do que permite à psicanálise e à análise de discurso analisar os discursos e as produções discursivas dos sujeitos de forma singular, ou seja, antevendo a singularidade do sujeito e atentando para ela e suas relações.

O referido autor reúne textos falados para organizar um conjunto obediente a referir-se ao próprio analista e ao lugar do mesmo na direção do tratamento, por isso o discurso, o tempo todo, só faz sentido, ou parece dizer respeito, por exemplo, à histeria, no interior da transferência. Analogamente às análises indiciárias, o próprio analista deve interrogar-se a respeito da experiência analítica e a questão de seu desejo não deve deixar de surgir.

Este livro começa por alguns artigos dedicados à literatura, em virtude do valor que tanto Freud quanto Lacan atribuíram ao texto literário, embora seus interesses na literatura não estivessem centrados na psicanálise aplicada. “... o analista não deve fazer-se de psicólogo ali onde o artista abre-lhe o caminho” (CHEMAMA, *apud* LACAN, ano, p.16).

As teses lacanianas são colocadas a trabalhar, interrogadas em função das questões que são as nossas, de acordo com Chemama, ajudam a interrogar uma prática, às vezes em coisas que se constituem como obstáculos quer se trate de uma resistência singular ou de uma concepção inoperante do trabalho do tratamento, no nosso caso, no trabalho da análise discursiva.

Chemama propõe algumas reflexões sobre o sujeito oriundo da Revolução Francesa, bem como sobre o “discurso capitalista”. Um questionamento a respeito do que é mais atual, ou seja, a maneira como o significante “os negócios” irá designar, na França contemporânea, as novas formas que pode assumir um gozo que fascina o sujeito, conquanto lhe pareça repulsivo; não temos a intenção de transpor o sujeito e a obra em uma atualização selvagem dos conceitos apenas porque servem aos nossos propósitos, mas, nos apropriar desta elucidação importante a fim de indicar uma possibilidade de análise neste trabalho.

O “impasse sexual” escreve Lacan “secreta as ficções que racionalizaram o impossível do qual ele provém”, e Chemama comentará as formas que algumas dessas

ficções podem assumir na atualidade. Isso pressupunha, segundo ele, uma retomada da forma pela qual o sujeito inscreve-se na “sexuação” do lado homem ou do lado mulher.

O discurso do capitalista é uma inversão operada no discurso do mestre, a partir da qual o sujeito fica situado fora de qualquer assujeitamento; é o quinto discurso, proposto por Lacan em 1972.

Chemama preferiu iniciar esse trabalho por um antigo artigo sobre Flaubert e um pós-escrito. Pareceu-lhe indispensável para precisar a direção para a qual poderia tender esse trabalho.

De acordo com Chemama, Jean Paulhan ocupou o lugar de eminência parda na literatura francesa, tanto como teórico da língua e da literatura, quanto como crítico de arte. Em 1940 abandona a direção da *Nouvelle Revue Française* e funda, na clandestinidade, durante a ocupação alemã, as *Lettres Françaises*. É uma das escolhas de Chemama, em virtude de seu gosto pelas palavras e a experiência das coisas; “Paulhan não nos fala apenas das palavras ou das idéias, mas também dos vidros quebrados e da ciática. Do real, em uma palavra”. (p.19).

O que torna Paulhan singular para Chemama é o fato de ocupar-se da experiência e tentar dar conta dela, é o equivalente ao um tratamento analítico, porém os analistas ensinam sobre o fantasma, os sonhos, sobre o que se queira, e nada sobre o tratamento. Perceber de fora o íntimo de sua prática sob uma luz necessariamente transformada é espantoso, quase inquietante e é disso que se trata.

Lacan sempre se referiu à obra de Paulhan para ilustrar seu próprio pensamento, já Chemama falará de Paulhan do ponto de vista da psicanálise, porém, apostando que ele nos leva a conclusões que concernem a cada um.

Chemama recorre ao episódio do “vidro quebrado”⁴ no texto de Paulhan. Haveria um princípio da fusão da coisa, da palavra e do pensamento. É o encontro do real. “É beliscando-se que se tem certeza de que não se está sonhando”.

Em “As dores imaginárias”, Paulhan já havia formulado a questão, assim como no outro o pano de fundo é a guerra, neste, o pano é a doença.

Paulhan relata suas desventuras às voltas com o tratamento para ciática, uma doença que o levaria de enterros e danças, caso dançasse, porém, com alguns tratamentos, sentia-se o próprio general sitiado, com um colete de aço, como *gângsteres*. Além de um acupuntor, entre outras soluções, que lhe plantava agulhas e, ao

⁴ Onde nas recordações da guerra, relata que ela lhe pareceu sempre um circo, uma coisa armada e pronta para causar a impressão de farsa ou pesadelo – de irreabilidade.

terminar, disse-lhe que estava curado e que se as dores voltassem, seriam dores imaginárias, às quais Paulhan não obsteu por confirmar: elas retornaram ‘orquestradas’, tão sequenciais e adestradas que o levaram a de fato considerá-las imaginárias no sentido lacaniano. As dores são “imaginárias”. Isso significa que elas podem ser examinadas, contempladas, que acreditamos por isso dominá-las. “Uma fagulha que parte do quadril, mas logo se apaga e vai doer em outro lugar” (p.312). Essas dores, Paulhan não pode confundi-las com as outras, que, aliás, persistem “sempre intactas, sempre decorativas”. No entanto, Paulhan reflete e se alivia ao pensar que é saudável lidar com coisas verdadeiras ao invés de fantasmas e conclui que as dores são reais e não imaginárias. Dores o chamam ao real, precisamente por seu caráter imprevisível. “O real, diz Lacan, é o impossível”; o real está “associado ao pouco, à falta” (p.328).

A guerra pode passar por um espetáculo, apesar da desordem e da desagregação; convocar a ciência e a técnica para trazer de volta ao real, um simples vidro quebrado resolve melhor o caso. Da mesma forma que acontece uma análise, o sujeito de saída, está pronto a invocar o social e a história – o universo por inteiro – para explicar o que produziu sua vida, porém, se há realmente análise, esse discurso torna-se falacioso e é em outro lugar (atos falhos, fragmentos de sonhos, lapsos, vidros quebrados, fendas) que o sujeito encontra aquilo que tem para ele valor de real.

Paulhan não é nem psicanalista nem psicanalisante. Então, o que é? Ele evoca, naquele momento, a experiência do homem comum, o que, de fato, poderia bastar. Para experimentar o real, não é preciso nem a guerra nem a doença. Uma “pequena aventura noturna” (p. 344) resolve bem a questão, tal como cada um pode vivê-la em seu quarto, ao voltar para casa à noite, sem acender as luzes para não despertar, sentindo as arestas dos móveis e os objetos em sua realidade renovada, embora fragmentária. No entanto, para Chemama, o homem comum não guarda nada do que lhe parece somente anormal ou doentio e se pergunta se não seria Paulhan um filósofo.

Para o homem que pensa tudo é pensamento. “Eu penso, logo tudo poderia ser apenas pensamento. Penso, portanto, eu não sou” (CHEMAMA, p.320). “A privação, a incoerência e o absurdo que nos podem convencer de uma verdade prestes, a qualquer momento, a nos escapar entre os dedos”. (PAULHAN, p. 357).

Para Chemama, a experiência do real não se dá, aliás, sem uma inversão radical. Como em relação às novas dores, ele diz: “não sou tanto eu quem as sente, são elas que me põem à prova, são elas que me sentem”.

A psicanálise, desde que se constituiu, a partir dos estudos sobre a histeria, diz a mesma coisa, ou seja, “se ele é sujeito de sua dor, é porque está submetido a ela”. Se a análise desata o sintoma, é, em primeiro lugar, reconhecendo-lhe tal dimensão.

Seria preciso dizer que só se pode dar conta da experiência do real na forma proverbial. A esta o sujeito pode aderir, mas o que é notável é que nela manifestamente ele não é o enunciador.

A forma proverbial apresenta-se como atos de linguagem, ou enunciações, eles próprios realizando aquilo que falam, o domínio do Outro sobre o sujeito. “A ciática sabe mais sobre mim do que eu mesmo” (PAULHAN, p. 326).

Acerca do processo de adoecimento em trabalhadores da saúde é preciso considerar o discurso da histeria como fonte indagadora e, por conseguinte, como saída para a dor e a produção de sentidos sobre o fazer e o cuidar; faço notar que o objeto deslocado é o próprio sujeito doente e a saúde figura como barra, como impossibilidade.

O Trabalho: remédio ou veneno?

Seção 1 – O Trabalho como redenção.

O trabalho, para quem o tem ou não, se torna impossibilidade e permanece retórico o fundamental do humano: o trabalho ou a vida? O que quer o trabalhador com o trabalho? O significante trabalho causa e efeito de sentidos, aos quais decidi dedicar-me para decompor o que produz e causa-efeito de significância.

Aqui, no caso do trabalho da escrita, há um trabalho para o qual me proponho a analisar qual a ideologia do discurso das Diretrizes propostas para a consolidação da rede de atenção à saúde integral pública. O Sistema Único de Saúde (SUS) faz produzir efeitos de sentido contraditórios, a ponto de ocasionar estranhamentos ao analista de discurso. Tais estranhamentos foram aqui transformados em questões para o trabalho de construção teórica e questões para os trabalhadores-atores implicados ou não no referido sistema de saúde.

Ao me debruçar sobre os documentos oficiais de saúde do trabalhador, pude realizar uma análise discursiva que procurou investigar implícitos, lapsos acerca de temas tais como: a subjetividade dos trabalhadores, o estabelecimento de causa e efeito entre trabalho, sustentabilidade econômica e financeira, e o processo de adoecimento do trabalhador (o que pode ou não ser atribuído ao trabalho).

Segundo consta e me parece senso comum, o que diferencia os homens dos outros animais é a nossa capacidade de trabalhar, de transformar o mundo segundo nossa qualificação, nossa energia, nossa imaginação. Há quem considere, porém, o trabalho, como desgaste, desgosto, enfim, penalização de suas vidas. É provável que o aumento da produtividade e das necessidades do mercado de consumo tenha relação direta com a mesmice, a rotinização, contribuindo para a ‘perda de sentido’ do trabalho.

Participa do imaginário popular a ordem que Adão e Eva recebem como punição por sua curiosidade em relação à árvore da sabedoria, do conhecimento; mito fundador cristão para a origem do trabalho, ou seja, “comerás o pão com o suor do teu rosto”.

Para os nossos dias, é impensável que alguém queira apenas “ganhar o pão”, como se lê a seguir em artigo de Sader (2007):

Não foi descoberta de Marx e sim de Adam Smith e de David Ricardo que o valor dos produtos não vem da terra, nem dos metais preciosos, nem da tecnologia, mas do trabalho humano. Daí o lugar essencial que

ele tem nas nossas sociedades, ou que deveria ter. Nossa capacidade de trabalho, esta potência humana de transformação e emancipação de todos, ficou limitada a ser apenas o nosso meio de ganhar o pão.

Alguns questionamentos surgem a partir destas afirmações, tais como: o que quer dizer “potência humana de transformação e emancipação de todos”? Nosso estranhamento se fixou na forma generalizada com a qual o autor incluiu a “todos”, obrigando - nos, assim, a seguir pistas discursivas nos genéricos que nos levam ao discurso jurídico, posto que, nos servimos de partes dos documentos públicos oficiais acerca do Trabalho na área da Saúde.

Porém, podemos observar nas sequências discursivas que recortamos da entrevista concedida a mim por uma servidora do SUS

É característica do discurso jurídico, entre outras, a generalização e a universalização. De acordo com Courtine 2006 esta “língua de madeira” deve ser desconstruída para que se perceba o que ‘sobra ou falta’.

é necessário aceitar se confrontar com essa memória sob a história que sulca o arquivo não escrito dos discursos subterrâneos. O interesse desse heterogêneo discursivo, feito de cacos e de fragmentos, é que ele permite recuperar as condições concretas da existência das contradições através das quais a história se produz, sob a repetição das memórias estratégicas. (PÊCHEUX, 1981).

Tratarei dos genéricos discursivos a partir da sistematização deste conceito realizada por Tfouni (2001). Sobre eles, a autora diz tratar-se de “fórmulas encapsuladas, regras, rezas, crenças, ditos populares, que circulam no imaginário como “reguladores” da realidade”, ou seja, algo que quando enunciado transforma as dúvidas em certezas, em pontos pacíficos, causando ao ouvinte-leitor a impressão simulada de que é desnecessário explicitar o significado, um ponto final.

A autora também considera que o uso dos Genéricos discursivos pelo sujeito pode indicar o momento em que o mesmo faz seu próprio uso da lógica, portanto, cabe a nós também aqui:

defender a posição de que o uso desses genéricos substitui, no discurso cotidiano, a função que o genérico da premissa maior do silogismo

exerce no discurso da lógica (que é predominantemente utilizado na escola), fato este que consideramos como indício da existência de formas singulares de letramento, que são diversas (em termos de eficácia) do discurso dedutivo, o que nos leva à conclusão de que há formas discursivas alternativas aos letramentos escolares (baseados no discurso lógico-científico), as quais são utilizadas no cotidiano e que fazem suplência à ausência da escolarização.(2009, p.03)

Em algumas das sequências discursivas que recortamos da entrevista realizada por mim, faço notar que a servidora pública em questão, recorre ao “busca Deus, Deus vai ajudar...”, a nosso ver como uma forma de se opor ao discurso institucionalizado.

Apesar de tratar-se de uma servidora que fez o Curso de Formação de Facilitadores de Educação Permanente em Saúde, além de diversos cursos de Educação Continuada no âmbito do SUS, recorre ao senso comum e a uma fórmula revestida de compreensão, paciência, convocando seu interlocutor-usuário do serviço a recorrer a uma instância extra sensorial em oposição à postura crítica e reivindicativa que um consumidor poderia assumir diante da negativa ao atendimento, ou seja, a servidora movimenta o laço social com o usuário frustrado, apaziguando-o.

Esta é uma das funções do uso dos genéricos discursivos e que neste trabalho consideramos, de acordo com Tfouni (2001), a evidência da ‘falta’ e, para compor esta evidência, recorreremos a Lacan (1985) para lembrar que provavelmente o discurso que transcorria aparentemente sem deriva, encontra um ‘espeto’, isto é, a falta provoca o sujeito pra que ele fale, no caso de nossa entrevistada, para que ela explique o motivo pelo qual o usuário vai ficar sem atendimento por meses; um dos recursos que evidenciamos é o uso de genéricos discursivos.

Parece-nos uma estratégia pessoal da servidora; ela é acolhedora, tranqüila, amistosa e está, de fato, sem possibilidade de, por exemplo, agendar o usuário com o médico que ele necessita em tempo. A função da atendente é receber o usuário, conferir os dados de seu cadastro e agendar o paciente para a data e horário disponíveis com o psiquiatra ou psicólogo indicado pela triagem, porém, nossa atendente vai além, e enuncia de diversas formas o fato de se importar com o usuário e muitas vezes, temer pela vida dele na falta do atendimento específico.

O fato do profissional atendente “ir além” de suas funções eminentemente profissionais nos obriga à pergunta o que o trabalhador quer com o trabalho está além do trabalho?

Recorremos a Pêcheux (1981, p. 62) quando diz que “é necessário aceitar se confrontar com essa memória sob a história que sulca o arquivo não escrito dos discursos subterrâneos” e segue: “o interesse desse heterogêneo discursivo, feito de cacos e de fragmentos, é que ele permite recuperar as condições concretas da existência das contradições através das quais a história se produz, sob a repetição das memórias estratégicas”.

O discurso como rede social, rede de memória, instaurando acontecimentos e construindo estruturas. Nesse contexto, Estado e discurso, juntos, embora cada qual com efeitos próprios, são (re)vividos pela memória que não quer falhar. Para a reflexão discursiva recorreremos às "vozes" de Michel Pêcheux, e de Michel Foucault, ambos filósofos franceses, sobre o discurso. Pêcheux (1969) faz intervir o discurso, para romper com a concepção de linguagem que permeava muitos estudos até o momento. Sua idéia foi propor um confronto entre a história, a psicanálise e a linguística e uma ruptura no campo ideológico das ciências sociais. Com isso, ele criou um espaço de discussão e compreensão, o qual é chamado de entremeio, visto que o objeto estudado é o "discurso" (GADET & HAK, 1997).

O discurso jurídico, dê - construção discursiva, na tentativa de analisar os recortes e sequências discursivas da entrevista em contra ponto aos documentos oficiais públicos de que dispomos para contribuir para análises das práticas de saúde no escopo do funcionamento discursivo do profissional da saúde e sua representatividade na sociedade capitalista, mais especificamente das relações entre Sujeito e Poder Público.

Nossos objetos de estudos, enquanto analistas de discurso têm variado por uma designação de materialidade que compreende *o real do inconsciente*, *o real da história* e *o real da língua*, prenúncio já esboçado nos últimos escritos de Pêcheux, inclusive, o que tem marcado o lugar desses profissionais-pesquisadores e contribuído à sociedade e à ciência:

As modificações do objeto de análise já haviam imposto transformações teóricas e metodológicas: já era o tempo da "heterogeneidade", da busca por novas vias, “distanciando-se de uma vulgata do marxismo althusseriano, de novas "materialidades discursivas", da emergência das noções de memória discursiva e de acontecimento discursivo”. (PIOVEZANI FILHO, 2006, p. 247)

Levando em conta o discurso, a partir da afirmação de Orlandi (2002, p. 210-11) que "não há ciência que não seja discurso", pode-se dizer que a saúde é uma ciência localizada no campo das sociais, "pois seu objeto alcança as condutas do homem", que necessita do discurso (COELHO, 2001, p. 51). O Direito, na concepção de ciência como "adequação da razão subjetiva do homem à razão objetiva do universo" (NAPOLI & GALLINA, 2005, p. 25).

O homem, enquanto sujeito, é um dos elementos principais para o Discurso é responsável pelas suas ações na sociedade, sejam elas boas ou ruins, uma vez que dependem dos interesses e dos valores construídos por si mesmos. As condutas humanas são descritas e estudadas em diversas ciências, todavia "uma distinção fundamental entre a ciência jurídica, de um lado, e as demais ciências sociais: é o princípio ordenador dos respectivos enunciados" (COELHO, 2001, p. 49).

Examinar a posição-sujeito na construção discursiva do trabalhador da saúde, na tentativa de implicar a análise na construção de um processo discursivo que vise à liberdade. Entre os elementos constitutivos do discurso, a análise se deterá em: as formas de representação do sujeito no discurso – a chamada *tomada de posição* para Pêcheux – e a formação discursiva (FD). Esses elementos são possíveis de serem percebidos pela reflexão imprescindível sobre a materialidade da linguagem e da história.

(...) não mais o choque de dois mundos, separados pela barreira das línguas, mas um confronto estratégico em um só mundo, no terreno de uma só língua, tendencialmente Una e Indivisível, como a República (Michel Pêcheux).

Segundo Pêcheux (1995), o sujeito passa a ser compreendido pela relação entre inconsciente e ideologia, representado e articulado por uma série de formações imaginárias. Pêcheux formula essa relação como *forma-sujeito*. "Todo indivíduo humano, isto é, social, só pode ser agente de uma prática se se revestir da *forma de sujeito*. A 'forma-sujeito', de fato, é a forma de existência histórica de qualquer indivíduo, agente das práticas sociais" (ALTHUSSER *apud* PÊCHEUX, 1995, p. 183). É desse modo que estão materialmente ligados o recalque inconsciente e o assujeitamento ideológico têm assim a conexão entre o inconsciente da ideologia e o do sujeito. (p. 133). Indursky (2000, p. 71), nos auxilia na "constituição do sujeito em

Análise do Discurso articula fortemente o social (a relação com a História) e o inconsciente (a relação com o dizer do outro)”, ou seja, o sujeito da AD é duplamente afetado tanto por seu funcionamento psíquico, pelo inconsciente quanto em seu funcionamento social, pela ideologia.

O sujeito pode ser melhor entendido a partir do que Pêcheux (1975) nomeia como antecipações das representações. A antecipação das representações de um determinado sujeito depende de representações imaginárias dadas no processo discursivo. “Em cada sujeito, o simbólico toma conta e realiza a trajetória de representações, construindo sentidos”. Nesse ponto, é relevante dizer que, conforme Pêcheux (1995, p. 85), “as diversas formações resultam de processos discursivos anteriores, os quais dão a tomadas de posição”.

Para que todo sujeito funcione, é necessário ocorrer a *tomada de posição* entendida como resultante de um retorno do "Sujeito" no sujeito, de modo que a não-coincidência subjetiva que caracteriza a dualidade sujeito/objeto, pela qual o sujeito se separa daquilo de que ele "toma consciência" e a propósito do que ele toma posição, é fundamentalmente homogênea à coincidência-reconhecimento pela qual o sujeito se identifica consigo mesmo, com seus "semelhantes" e com o "Sujeito". (PÊCHEUX, 1995, p. 172).

Esse retorno do "Sujeito" no próprio sujeito dá-se pelo sujeito da enunciação, isto é, o locutor ou emissor do discurso. Aquele que toma posição "com total conhecimento de causa, total responsabilidade, total liberdade", desdobrando-se em sujeito do discurso. Ou o "sujeito universal", o sujeito da ciência (PÊCHEUX, 1995, p. 214).

Existe, de acordo com Pêcheux, modalidades de tomadas de posição, entre elas, a superposição entre os dois sujeitos: o da enunciação e o sujeito universal. Conhecida como a superposição que caracteriza o discurso do "bom sujeito" e reflete o Sujeito (PÊCHEUX, 1995, p. 215). Acrescenta Indursky (2000, p. 72), “que essa modalidade marca a reduplicação da identificação do sujeito”.

A segunda modalidade caracteriza o discurso do "mau sujeito", discurso no qual o sujeito da enunciação se volta contra o sujeito universal por meio de uma tomada de posição. Dessa forma, o resultante da segunda modalidade é a separação (PÊCHEUX, 1995) que "conduz o sujeito do discurso a contra-identificar-se" (INDURSKY, 2000, p.

72). Para a autora, a tensão que ocorre no interior da forma-sujeito, estabelece a diferença no seu interior e, por conseguinte, no âmbito da formação discursiva, daí decorrendo “a instauração da diferença e da contradição, não apenas no âmbito da Formação Discursiva, mas também na própria constituição da Forma-Sujeito”.

As diferentes modalidades de tomada de posição mostram o sujeito do/no discurso, seja através da identificação ou das duas últimas – contra-identificação e desidentificação. Na relação de desidentificação do sujeito no discurso, dada pela relação da ideologia e inconsciente, há um tecido, o qual Pêcheux denominou de evidências subjetivas (*ibid.*, p. 153). Estas são constituídas no sujeito e não afetadas nele. A partir daí, então, o autor mostra o nascimento da evidência do sentido.

Para ele, segundo Althusser, como todas as evidências, inclusive aquelas que fazem com que uma palavra ‘designa uma coisa’ ou ‘possua um significado’ (portanto inclusas as evidências da ‘transparência’ da linguagem), a evidência de que vocês e eu somos sujeitos – e que isto não constitua um problema – é um efeito ideológico, o efeito ideológico elementar (1995, p. 153); revela a interpelação do indivíduo em sujeito; Interpelação no sentido de ilustração, chamando o sujeito à existência, à História.

Sob as evidências do sujeito e do sentido "há o processo da interpelação-identificação que *produz* o sujeito no lugar deixado vazio" (*op. Cit.*, p. 159). A ideologia fornece as evidências pelas quais "todo mundo sabe" o que é tal coisa. Evidências que fazem com que uma palavra ou enunciado "queiram dizer o que realmente dizem" e que mascaram, assim, sob a "transparência da linguagem", aquilo que designou como caráter material do sentido das palavras e dos enunciados (PÊCHEUX, 1995, p. 160).

Poderíamos falar de enunciado se uma voz não o tivesse enunciado, se uma superfície não registrasse seus signos, se ele não tivesse tomado corpo em um elemento sensível e se não tivesse deixado marca – apenas alguns instantes – em uma memória ou em um espaço? (FOUCAULT, 2000, p. 115).

Arquivo, para Pêcheux (1994, p. 57), é definido "no sentido amplo de campo de documentos pertinentes e disponíveis sobre uma questão". O funcionamento desse arquivo é o funcionamento dos textos legais como materialização de um gesto interpretativo normativo que vem permitir a compreensão dos acontecimentos.

Enquanto interdiscurso "a memória é historicidade, e a relação com a exterioridade alarga, abre para outros sentidos, dispersa, põe em movimento", cristalizando um gesto de leitura/interpretação (ORLANDI, 2003, p. 15).

Para Indursky (1997, p. 47), "o primeiro movimento analítico de construção do corpus discursivo inicia na delimitação das seqüências discursivas". Para ela, "tais seqüências precisam ser organizadas no interior do *corpus*, e o recorte discursivo funciona como elemento organizador". A autora, citando estudos de Orlandi, diz que o recorte é visto como unidade discursiva, preciso para esse tal procedimento. Nos servimos desses procedimentos como método neste trabalho.

Pelo viés da Análise do Discurso de orientação francesa, como sujeito social, agente das práticas sociais, compreendido pela relação entre *inconsciente* e *ideologia*, uma vez que são elas estruturas-funcionamentos comuns que dissimulam (de forma comum) sua própria existência no interior mesmo de seu funcionamento, bem como representado e articulado por uma série de formações imaginárias. Sujeito visto como ideológico, como um sempre já-sujeito, isto é, deve ser visto a partir de sua identificação com uma ideologia. Portanto, será analisada a "forma-sujeito", dita por Pêcheux em 1975.

Para Pêcheux (2002), de nada serve negar essa necessidade (desejo) de aparência, veículo de disjunções e categorizações lógicas: essa necessidade universal de um "mundo semanticamente normal", isto é, normatizado, começa com a relação de cada um com seu próprio corpo e seus arredores imediatos (PÊCHEUX, 2002, p. 35).

todo enunciado é intrinsecamente suscetível de tornar-se outro, diferente de si mesmo, se deslocar discursivamente de seu sentido para derivar para um outro (...). Todo enunciado, toda seqüência de enunciados é, pois, linguisticamente descritível como uma série (léxico-sintaticamente determinada) de pontos de deriva possíveis, oferecendo lugar a interpretação (PÊCHEUX, 2002, p. 53).

Seção 2 - O Trabalho como veneno.

O que quer o trabalhador com o trabalho? A pergunta remete a paráfrases de grandes autores como Freud, Lacan e Serge André. O que quer a mulher? O que quer o trabalhador? Tal resgate seria um simulacro, se a pergunta originária tivesse resposta e caso a conhecêssemos.

A palavra trabalho, deriva do latim *tripallium*, instrumento de tortura utilizado na Antiguidade para punir os escravos e trabalhadores indolentes. Parece irônico que um instrumento de tortura tenha sido transposto para o cerne das aspirações da sociedade ocidental e tenha sobrevivido até o século XXI, afinal o ideário de ascensão social ainda está associado ao trabalho.

As diretrizes para a consolidação do Sistema Único de Saúde, o SUS, têm a prerrogativa de:

Valorizar a saúde da população e estreitar os laços da equipe de saúde com a mesma. O objetivo é investir em redução de custos de internação e medicamentos bem como outros procedimentos médicos e hospitalares que implicam gastos para os cofres e prefeituras municipais e do governo.

Para que o processo todo se dê, é necessário envolver o conjunto de trabalhadores da saúde, que, por sua vez, demonstra inclusive certa passividade diante da experiência. O que se observa na prática é, de um lado, o *furor docendi*⁵ dos responsáveis pela consolidação do sistema e a ânsia por resolutividade e, de outro lado, os atores que compõem o processo, esses, imersos em passividade e receptividade.

Podemos pensar que tal passividade evidencia a relação *transferencial*, que, de acordo com Lacan (1985), é uma relação amorosa e também de poder, através da qual é possível manobrar não apenas relações amorosas parentais, filiais etc., como também, as “massas”.

A aparente passividade dos servidores em relação às novas atribuições pode se relacionar com as formas de organização institucional, que permitem definir certos comportamentos desejáveis e suprir, por mecanismos “disfarçados”, aqueles não desejáveis.

⁵ A presente expressão encontra-se em Frassetto (2003) e refere-se à doença que acomete professores, que se tornam enfurecidos quanto ao ato de ensinar, de acordo com o referido autor.

Bourdieu - Passeron (1975, p. 44) e sua teoria da violência simbólica bem demonstram essas particularidades institucionais, ao avaliar o trabalho pedagógico:

como um trabalho de inculcação que deve durar o bastante para produzir uma formação durável; isto é, um *habitus* como produto da interiorização dos princípios de um arbitrário cultural, (...) e de perpetuar, nas práticas, os princípios do arbitrário interiorizado.

Podemos visualizar, assim, como se reforça a compreensão de educação, não como um processo, mas como instrumento de ação de um agente sobre o educando, uma situação em que existe um agente que deve ensinar e um outro que deve aprender.

Ao considerar as instituições de saúde como instituições pedagógicas de educação não formal, o referido autor assim se pronuncia:

essas instituições podem servir melhor às estruturas de dominação, com a vantagem adicional de cumprir funções de treinamento e de condicionamento sem a criação de desejos e direitos que a escolarização formal enseja. (*op. cit.*, p. 44)

Sendo assim, não é possível tomar a estrutura organizacional como algo dado, não questionado, que conceba a atividade técnica como simples operacionalização de funções. Como afirma Melo (1991), as contradições institucionais são deslocadas do plano estrutural para o plano das relações interpessoais, concebidas de modo mecânico e restrito.

Tomamos de empréstimo de Tfouni (1994) a paráfrase que intitula esta seção, a partir de seu artigo “Escrita: remédio ou veneno” para procurarmos compreender o trabalho no sentido de algo que sem o qual não há possibilidade de manutenção da vida, mas, provavelmente, por causa dele, essa manutenção torna-se algo impossível fora do sintoma.

O discurso da Ciência faz laços com as interfaces das quais podemos nos servir, em vista dessa afirmativa, recorro a uma área do conhecimento científico a partir de Bauman, sociólogo polonês que lecionou até aposentar-se na Grã-Bretanha. Seu pensamento sobre a fluidez dos tempos e da modernidade, a questão da identidade, da comunidade e modo de interpretação do mundo moderno lhe rendeu o título de um dos maiores cientistas sociais da pós-modernidade, título não aceito pelo autor que afirma

não existir de fato ainda a pós-modernidade. Contudo, o que nos interessa em sua vasta obra é, sem dúvida, o modo como trabalha o sintoma social moderno, ou seja, a insegurança, como opera as análises de sua causa e, principalmente, como a Análise de Discurso e a Psicanálise podem se aliar a esse modo analítico de interferir nas leituras de mundo, promovendo a crítica e a possibilidade de compreensões outras acerca de questões-chave para a humanidade.

Identidade começa com a história da vida profissional encerrada na Polônia, seu país de origem no qual não pode permanecer, pois, fora impedido de lecionar. É convidado para lecionar na Grã-Bretanha e, então, naturaliza-se britânico. O fator que dispara a crise de Identidade é a necessidade de escolher o hino que será tocado em sua cerimônia de colação de grau de doutor. Deveria ser o hino do país de origem ou o do país em que se vive?

Bauman não pode escolher facilmente e relata que isso o fez pensar na questão da Identidade não mais como um substantivo e sim, como um conceito há muito definido; o desafio foi retrabalhar o conceito de Identidade sem defini-lo, pois, para Bauman, ‘a definição é uma prisão que nada quer habitar’.

Em um artigo publicado na Revista *Cult* e disponibilizado na internet em Maio de 2009, intitulado ‘O triplo desafio’, o autor faz um percurso inovador em sua obra e que vem de encontro aos nossos questionamentos nesta etapa de nosso trabalho.

Bauman refere um mal estar na cultura, que, segundo ele, “semelhante à idéia da Santíssima Trindade presente nas sagradas Escrituras, há um triplo desafio que a humanidade enfrenta atualmente e, dependendo de suas respostas, podem levar a moldar o futuro do planeta”. Triplo desafio ou ainda três num único ou "os três como um só"; e localiza três conceitos para compor o desafio atual, na verdade, três partes: o interregno, a incerteza, e a disparidade institucional, e que cada parte remete às outras duas, inseparáveis.

Baumam (2009) relembra que Gramsci escreveu em uma das muitas anotações por ele feitas durante o seu longo encarceramento na prisão de Turi que "A crise consiste precisamente no fato de que o velho está morrendo e o novo não pode nascer; neste interregno, uma grande variedade de sintomas mórbidos aparece."

Prossegue relatando que o termo "interregno" foi originalmente usado para designar um hiato de tempo que separa o falecimento de um monarca soberano até a entronização do seu sucessor e que estes períodos eram ‘utilizados como as principais

ocasiões em que as gerações passadas experimentavam uma ruptura naquela monótona forma de continuidade do governo, da lei e da ordem social’.

O direito romano colocou um carimbo oficial sobre essa compreensão do termo e seu significado quando proclama o *interregno justitium*, que é (como Giorgio Agamben nos lembrou em seu estudo de 2003, *Lo Stato di eccezione*) *sic Bauman*; para ele, reconhecidamente ‘uma suspensão temporária das leis e todas as normas existentes’ e, presumivelmente na expectativa de leis novas e diferentes serem eventualmente proclamadas, complementa.

Para Bauman, Gramsci amplia, no entanto, o conceito de "interregno" com um novo significado, abrangendo ‘o mais amplo espectro de aspectos sócio-político-jurídicos da ordem e, simultaneamente, atingindo mais profundamente a condição sócio-cultural’.

É possível aqui, fazermos um esforço de aproximação com este trabalho no que tange às expectativas redentoras do poder do Estado, a intervenção e a construção de políticas públicas de saúde que venham de encontro aos anseios dos cidadãos e que, de fato, sejam inseridas e incorporadas como melhorias na condição de vida, por conseguinte, do trabalho. Porém, o autor retoma:

lembrando a memorável definição de Lênin de "situação revolucionária", como uma condição em que os governantes já não têm mais poder, enquanto o Estado não mais deseja ser governado por eles”, Gramsci liberta a idéia de "interregno" de sua habitual associação com intervalo de (uma rotina) de transmissão hereditária ou poder elegível, e anexa a situações extraordinárias em que o quadro jurídico existente de uma ordem social perde a sua aderência e já não pode se impor, enquanto que um novo quadro, feito à medida das forças recém-emergidas que gera as condições responsáveis por tornar o antigo quadro inútil, ainda está na fase concepção, ainda não foi completamente montado ou não é suficientemente forte para ser colocado em seu lugar. (2009).

O interregno brasileiro pode ser notado, mesmo que forçosamente a partir do momento em que o discurso sobre os cuidados com a saúde do trabalhador, por exemplo, é feito a partir de uma formação discursiva dominante, causando-nos a impressão de que venha a ser hegemônica.

Bauman propõe, segundo ele, ‘seguindo a sugestão recente de Keith Tester (Professor de Sociologia da Cultura da Universidade de Portsmouth, na Inglaterra): “reconhecer a atual condição planetária como um caso de interregno”. Com efeito, tal

como o postulado de Gramsci, "o velho está morrendo". A velha ordem fundada até recentemente, em uma forma semelhante "triuno" - princípio do território, estado e nação, como chave para a distribuição planetária da soberania e do poder; 'este aparentemente sempre devotado à política territorial do Estado - nação como a sua única agência operacional', está morrendo.

A soberania não é mais colada a qualquer dos elementos do princípio "triuno" e suas entidades derivadas; na dimensão macro é vinculada a elas, mas vagamente e em porções muito reduzidas em tamanho e conteúdo. O casamento supostamente inquebrável de poder e política está, por outro lado, terminando em separação com uma perspectiva de divórcio; embora esta seja uma perspectiva sociológica, posto que, para a psicanálise, segundo Lacan, 'o inconsciente é a política'; afirmação que, na maioria das vezes, nos encaminha à compreensão de que o laço social é a política e dela emana o poder; no entanto, o autor prossegue com seu tom de ironia intermitente ao afirmar que 'soberania é hoje, por assim dizer, desancorada e livre-flutuante.

Os critérios da sua atribuição tendem a ser calorosamente contestados, enquanto a sequência usual do princípio da repartição e sua aplicação está, em um grande número de casos, invertida'.

Se este princípio tende a ser retrospectivamente articulado na sequência da decisão atribuída, ou inferido da decisão já realizada, a partir do estado de coisas, de acordo com Bauman, nossa questão se torna mais relevante, posto que, podemos perguntar o que, de fato, cabe (sobra) ao sujeito na busca pela soberania? Bauman (op.cit.) diz que

Estados - nação partilham trajetos conflituosos realmente irascíveis, ou fingem aspirá-los, mas sempre com uma disciplina extremamente competitiva, com as instituições escapando com êxito da aplicação do antigamente obrigatório princípio triuno da repartição, e, muitas vezes, ignorando explicitamente ou sub-repticiamente solapando, prejudicando seus objetivos designados. Certamente o aumento do número de concorrentes pela soberania, mesmo que não isoladamente, mas certamente de forma solidária, equivale a potência média de um Estado-nação.

Soberania, esse direito de decidir as leis, bem como exceções à sua aplicação, bem como o poder de tornar as duas decisões vinculativas e eficazes, é para um determinado território e num determinado aspecto da vida, fixada dispersamente em uma multiplicidade de centros - e por essa razão é eminentemente questionável e

contestável, enquanto nenhuma decisão tomada por alguma agência consegue ter fundamento plenamente soberano (isto é, sem constrangimento, indivisível, não compartilhado), para não falar da alegação de credibilidade e eficácia.

Ainda que se acrescentar, no entender do sociólogo a categoria de risco; para nós, até então, tratada pelo quadrilátero lógico de Aristóteles, o lance de dados, tema ao qual não nos debruçaremos ainda. Seguimos, no entanto, com a teorização de Bauman 'risco'.

Risco, diz Ulrich Beck [Sociólogo alemão, professor da Londo School of Economics e da Universidade de Munique], o pioneiro da discussão contemporânea e ainda um dos seus principais e mais proficientes teóricos, a partir do início da modernidade "amalgama-se com o conhecimento do não-saber dentro do horizonte semântico de probabilidade".

"A história da ciência data do nascimento do cálculo da probabilidade, a primeira tentativa de trazer o imprevisível sob controle - desenvolvido na correspondência entre Pierre Fermat e Blaise Pascal - para o ano 1651". Desde então, através da categoria de "risco", o pressuposto arrogante de controlabilidade", Beck acrescenta, "pode aumentar a influência".

Com o benefício deste retrospecto, a partir da perspectiva da reconhecida sequência liquidificada para a liquidação compulsiva da ainda obsessão sólida da precoce modernidade, o autor propõe dizer que 'a categoria de risco foi uma tentativa de conciliar os dois pilares da consciência moderna - a consciência da contingência e aleatoriedade do mundo, por um lado, e do 'nós podemos', um tipo de confiança, de outro lado'.

Mais exatamente, a categoria de "risco" foi uma tentativa de salvar o segundo, apesar das intrusões, ressentimentos e temores com o primeiro. A categoria de "risco" prometeu que, mesmo que o cenário natural, bem como o homem - completem o cenário no qual são obrigados a parar repentinamente a partir da regularidade e de forma incondicional longe do ideal de plena previsibilidade, 'os seres humanos podem ainda chegar muito perto da condição de certeza através do recolhimento e armazenagem da flexibilização de seus conhecimentos e práticas, o braço tecnológico'.

Para nós, a quase toda extensão deste trabalho está pautada em, a partir das evidências das práticas e técnicas implantadas e implementadas na área da saúde, procurar, mesmo que minimamente, circunscrever os movimentos destinados à

impossibilidade de acesso à verdade e ao saber e, muitas vezes, evidencia que o laço que esta política faz, é perverso, posto que, situa as tecnologias como redenção, pela via da educação; o que nos remete ao discurso pedagógico, aquele que se pretende do 'mestre'.

A categoria de "risco" não é uma infalível promessa de segurança a partir de perigos: ela prometeu a capacidade de calcular a sua probabilidade e provável volume - e assim, obliquamente, a possibilidade de calcular e aplicar a melhor distribuição dos recursos destina-se a tornar as empresas mais eficazes e bem sucedidas.

Mesmo que não explicitamente, a semântica do «risco» necessário para assumir, de forma evidente, uma 'estrutura' ('estruturação': manipulação e a consequente diferenciação de probabilidades), essencialmente uma regra de observação do ambiente: um universo em que as probabilidades de eventos são determinados podem ser roteirizados, fazerem-se conhecidos e apreciados.

Mas, por medida poderá o cálculo do risco "parar a partir de uma perfeita e infalível certeza, e, portanto, a partir das perspectivas de pré-determinar o futuro, a sua distância pode parecer pequena e insignificante em comparação com o intransponível e categórico abismo que separa a "semântica de horizonte de probabilidade", e assim também o risco para Espera-cálculo, da premonição da saturação da incerteza e assombração moderna contemporânea da consciência líquida.

Como salientou John Gray, já uma dúzia de anos atrás, "os governos dos estados soberanos não sabe de antemão como os mercados vão reagir ... Os governos nacionais, na década de 1990 estão voando às cegas". Gray não espera o futuro anunciar condições marcadamente diferentes; como no passado, podemos esperar "uma sucessão de contingências e catástrofes ocasionais na paz e civilização" - todas elas inesperadas, imprevisíveis e, mais frequentemente, pegando as suas vítimas, bem como os seus beneficiários desprevenidos e despreparados.

Parece cada vez mais provável o anúncio da descoberta e da centralidade do "horizonte de risco", mentalidade moderna que se segue ao eterno hábito da Coruja de Minerva, conhecida por espalhar suas asas no final do dia e pouco antes do anoitecer, ou a ainda mais comum propensão de objetos, como assinalado por Heidegger, de serem transportados a partir do estado de "esconder à luz", de ficarem imersos na obscura condição de *zuhanden* (atenção), para a visibilidade da deslumbrante *vorhanden* (presença) não antes do seu fracasso, uma queda fora da rotina, ou de outra forma

frustrando (em regra, apenas tácita e meio-consciente) as expectativas, para Bauman ‘as coisas tornam-se conhecidas graças ao seu desaparecimento ou chocantes mudanças’.

O autor considera que nós nos tornamos perfeitamente conscientes do papel aterrorizante que as categorias de risco, cálculo de risco e assumir riscos desempenhou na nossa história moderna, só no momento em que o termo "risco" perdeu muito da sua antiga utilidade e foi chamado a ser utilizado, *sous rature* dispositivo filosófico criado por Heidegger e amplamente utilizado por Derrida, significa que uma palavra é "insuficiente mas ainda necessária" nada melhor, depois de ter virado, conforme Beck, (*apud*) em um "conceito zumbi". Bauman (*op.cit.*).

Quando o tempo já chegou a substituir o conceito de *Risikogesellschaft* (Sociedade de risco) com a de *Unsicherheitsglobalschaft* (Doses de incertezas globais), nossos perigos diferem daqueles que a categoria de "risco" esforçou para capturar e trazer à luz por um ser não nomeado e flagrante, imprevisível e incalculável. E o cenário no qual os nossos riscos nascem, a partir do qual emergem, já não é enquadrado pela *Gesellschaft* (Sociedade); a menos que a "Gesellschaft" seja limítrofe com toda a população do planeta.

A progressiva separação que se inclina desconfortavelmente para um divórcio entre o poder e a política - os dois parecem parceiros inseparáveis durante os últimos dois séculos, ou acreditava-se e postulou-se a residir no interior do território do Estado-nação. Essa separação levou ao descasamento entre as instituições de poder e as de política. Poder tem evaporado a partir do nível do Estado - nação, para a política do livre "espaço de fluxos", Castells (*apud*), deixando a política instalada, como antes, na residência compartilhada anteriormente, agora degradada ao "espaço de lugares".

O crescimento de poder que importa (isto é, o poder que pode não ter a palavra final mas, pelo menos, a influência principal e decisiva sobre a definição de opções em aberto para os encarregados das decisões) já virou global; a política, entretanto, manteve-se local como antes. Assim, o momento do mais relevante poder fica fora do alcance das instituições políticas existentes, considerando que a moldura para manuseio no centro da política estatal continua a encolher.

O estado planetário de coisas está agora golpeado por conjuntos *ad-hoc* de discordâncias não constrangidas pelos poderes de controle político, devido à crescente impotência das instituições políticas existentes. Estas últimas são, assim, forçadas a limitar severamente as suas ambições e dessocializar, terceirizar ou desregulamentar um

número crescente de funções tradicionalmente confiadas à governança dos Estados nacionais para agências do espectro não-político.

O emagrecimento da esfera política, no seu sentido institucionalizado ortodoxo, é de acordo com Bauman uma autopropulsão, como a perda de relevância dos sucessivos segmentos da política nacional repercute na erosão nos cidadãos do interesse na política institucionalizada, e na tendência generalizada à substituição junto com a experimentação de uma quase incipiente e rudimentar política do livre fluxo mediado eletronicamente mediação eficiente para a sua rapidez, mas também para a sua não delegação, em curto prazo, não questionabilidade, fragilidade, e não resistência, ou talvez mesmo imune a institucionalização, todas essas qualidades mutuamente reforçadas e dependentes.

O autor considera que enfrentar o desafio triplo é encontrar uma saída do estado de interregno, bem como a não resgatável incerteza exigiria a restauração da comensurabilidade do poder e política. A incerteza de hoje está enraizada no espaço mundial, essa tarefa pode ser realizada exclusivamente a nível mundial, e apenas pela globalização da dimensão da legislação, do executivo, da instância judicial e de instituições.

Este desafio traduz como o postulado de complementar o agora quase inteiramente "negativo" da globalização, ou seja, a globalização das forças intrinsecamente hostis à política institucionalizada; como capitais, finanças, comércio de commodities, informação, criminalidade, tráfico de drogas e de armas, etc, por sua contrapartida "positiva" como, por exemplo, a globalização da representação política, legislação e jurisdição, que, segundo Bauman, ainda não começou seriamente.

No entanto, para nós, resta o esforço de procurar as pistas, apesar de compartilhar o desafio de Bauman, no sentido de dirimir a incômoda sensação provocada pelo discurso incisivo e assertivo do autor; as pistas de que falamos são discursivas e, serão seguidas para dar contorno a uma das muitas possibilidades de análise que surgirão deste trabalho.

O conceito de Interregno, em Bauman (2009), interessa particularmente a esse trabalho, por se tratar de um interstício; um período histórico no qual podemos supor que as certezas estejam suspensas e os acontecimentos estejam no aguardo de novas diretrizes. Nesse interstício, nesse interregno, suponho que se dêem as relações na área da saúde e os passos que são aguardados na direção das melhorias de condições de

atenção à saúde, ou seja, estamos entre os higienistas e a nova configuração do Sistema Único de Saúde.

A seguir apresentaremos o curso de formação de facilitadores em educação permanente em saúde, de cujo material fui revisora na preparação para o tutorial. A presença do material neste trabalho é supostamente justificada por sua relevância enquanto representação de um discurso pedagógico que se pretende claro, direto e didático, bem como, interativo no sentido atual das tecnologias leves de informação, ou seja, este discurso se pretende, além de completo em si, incidir diretamente nas práticas de saúde e cuidados dos trabalhadores para com os usuários.

Faço notar que a proposta do Ministério da Saúde contemplada pela Fundação Osvaldo Cruz, mobilizou os trabalhadores da área da saúde como sendo uma das propostas de consolidação do Sistema Único de Saúde e que precisaria, portanto, de todos os atores envolvidos no processo de consolidação, ou seja, no nosso entender, quando é necessário legitimar um discurso que seria implícito, tácito, então, podemos supor que o ‘pior’ espreita.

Os conceitos de risco e Interregno, em Bauman podem nos dirigir para a compreensão de que o trabalho torna-se alvo de uma mobilização deletéria em relação à tristeza, ao desamparo, à precarização das relações de trabalho e à impotência quanto ao serviço prestado; a sensação que é enunciada de que não se pode fazer nada, no caso da saúde pública, o fato de não haver o número desejável de vagas para atendimentos, consultas, exames, torna-se o Real dos serviços desmobilizando as categorias de trabalhadores envolvidas na prestação de um serviço de qualidade duvidosa.

Formações discursivas dominantes e dominadas.

Em relação às formações discursivas tanto as dominantes quanto as dominadas recorreremos aos genéricos discursivos Tfouni (2004), fórmulas ‘encapsuladas’ de dizeres que têm a função de iludir, homogeneizando os dizeres, e suprimir a luta de classes, para dizer que evidenciam a luta de classes em sua divisão mais terrível e lamentável.

Entende-se que, a partir dos novos modos de subjetivação, a organização do processo de trabalho em saúde e as práticas de atenção à saúde, incorporadas pelo Sistema Único de Saúde, o SUS, recebem neste trabalho uma leitura singular, proposta pela psicanálise e servindo-se de conceitos da AD e da Psicanálise.

Ao analisar os vários discursos produzidos por trabalhadores da área da saúde, procura-se estabelecer um nexo causal⁶ entre o trabalho que realizam e seu processo de adoecimento.

Depara-se com algumas contradições que circulam em documentos oficiais sobre os serviços públicos de saúde, cuja meta é tornar-se “um dos melhores convênios de assistência à saúde pública do mundo”; e, a contrapartida, que circula entre os trabalhadores da área da saúde, qual seja: “o SUS é um serviço pobre pra pobre”.

Encontra-se na apresentação dos textos do Ministério da Saúde, a declaração de intenção de ressignificação dos conceitos de saúde e doença, além desse processo, também se lê a declaração de intenção de reconstrução dos conceitos de saúde e doença.

Contudo, para este trabalho, como já dissemos, vamos nos valer de leituras singulares; partiremos das declarações de intenção do Ministério da Saúde para evidenciar o interdito, as contradições e as tentativas de apagamento da luta de classes, desenvolvidas até aqui como representativas do nosso esforço analítico para as situações que se dissipam do plano de intenções e transformam a realidade dos serviços em miséria de saúde e atenção.

Participei de uma das etapas de consolidação do SUS, como tutora de Educação Permanente em Saúde a Distância e, durante a leitura dos textos que embasam o trabalho que desenvolvo, alguns “estranhamentos” surgiram, entre eles, o uso de alguns conceitos como o “princípio da humanização” do SUS.

Interessou-nos, portanto, procurar os indícios deste enunciado e a provável naturalização deste sentido invoca uma questão, ou seja, de que humanização se fala?

⁶ Nexos causal, expressão adotada pelo jargão da saúde do trabalhador, para designar relação de causa e efeito entre doenças ocupacionais e acidentes de trabalho, relativos à função que o sujeito exerce.

Ao mobilizarmos conceitos da AD e da Psicanálise lacaniana, é possível evidenciar que se trata de uma naturalização de sentidos e, provavelmente, um laço perverso se instala. Torna-se necessário invocar uma complexa noção de sujeito, até mesmo para pensar que não se trata do mesmo para um e outro.

Tais “estranhamentos” dizem respeito ao fato de que existem contradições entre o texto (discurso escrito) do SUS, as diversas formações discursivas dominantes e dominadas acerca do que vem a ser o serviço público de saúde e os saberes que se podem produzir a partir das análises discursivas de recortes no discurso de ao menos um sujeito envolvido no processo. A aparência veiculada pela mídia é insistente na demarcação de uma luta histórica em demarcar existe em prática uma política de circulação de sentidos que, na sua formulação, parecem atender ideais de justiça social e igualdade de tratamento para os trabalhadores. Discurso esse, no entanto, que não se concretiza nas práticas de atendimento.

Para Lacan e Pêcheux, não existe sujeito isolado do contexto histórico-cultural em que se situe, não existe sujeito fora da linguagem, nem tampouco, processos humanos que estejam fora da cultura.

A questão da construção de uma abordagem discursiva dos processos ideológicos está para além de designações acadêmicas profissionais e ao longo dos anos 60 as problemáticas filosóficas e políticas é que formaram a base concreta, transdisciplinar de um encontro sobre a construção da abordagem discursiva dos processos ideológicos.

As pesquisas sócio-históricas, por meio da análise das lutas políticas, funcionamentos e disfunções institucionais, debates e afrontamentos de toda ordem, descreveram e/ou construíram teoricamente os processos, ideológicos, porém, sem criticar e questionar a transparência da língua.

Por exemplo, a historiografia documental, embora não tematizasse a discursividade do documento, sua língua, seu estilo ou sua escrita, não deixava de levar isso em conta implicitamente, a título de indícios espontâneos enquanto prática “literária” implicada pela profissão de historiador.

A história econômica e a história das instituições políticas permanecem marxistas ou não, “qualitativas ou quantitativas”, inscritas na mesma tradição. Já a história das mentalidades dos sistemas de pensamento ou das ideologias constitui essa abertura que questiona a transparência da língua.

O exemplo que Pêcheux destaca para a história das mentalidades é o do rei Francisco I que ao deixar o leito da amante e retornar ao castelo ouve os sinos anunciando o ofício, pára e ora emocionado. Para a história das mentalidades cabe interpretar a situação como sendo algo viável em certa época, em certa cultura e deixam de ser aceitas em outras; o que se supõe abandonar as certezas associadas ao enunciado documental.

Com os métodos da História nova, os da arqueologia foucaultiana terminam por tratar explicitamente o documento textual como um monumento, como um traço discursivo em uma história um nó singular em uma rede. Um dos sinais recentes mais nítidos da retomada da AD encontra-se nas práticas de leitura desenvolvidas nos trabalhos de Foucault; a construção teórica da intertextualidade e do interdiscurso conduziu a AD a se afastar de uma concepção classificatória cujo privilégio se revelou cada vez mais contestável aos discursos escritos oficiais “legitimados”.

No entanto, os atuais resultados produzidos pelas análises de discurso sobre material histórico não passam de confirmações ou ilustrações de hipóteses clássicas. Pêcheux considera, entretanto que a “recepção” dessa nova disciplina pelos historiadores melhora a longo ou curto prazo a partir dos esforços de complexização e heterogeneização dos corpora analisados e a ampliação de suas dimensões através do recurso de informática aplicada à AD.

No âmbito das pesquisas sociológicas ainda que numerosos sociólogos continuem recorrendo aos métodos da análise de conteúdo para tabulação das respostas abertas em vastos questionários ou para a análise extensiva de séries de entrevistas, a relações teóricas com os “materiais” de natureza linguageira foi transformada através do questionamento da centração da análise sociológica sobre os funcionamentos institucionais; instituindo um vínculo subjacente desses métodos com uma pré-categorização institucional dos materiais conduzindo ao questionamento da atitude documental, posição crítica que sustenta o projeto da AD.

Pêcheux considera que as pesquisas em AD encontram-se diretamente confrontadas com os diferentes eixos sócio-lingüísticos evocados pelo interesse pelas formas pré-institucionais do vínculo social que incitou pesquisadores como J. P. Faye (análise dos rituais discursivos de assujeitamento, tomada da palavra, interpelação, troca dialógica, etc.) a tematizar o registro simbólico, sócio-historicamente inscrito, neste caso, no jogo das economias narrativas.

Para ele, as perspectivas de pesquisa em AD, especialmente aquelas que repousam sobre a noção de covariância entre um campo discursivo considerado linguisticamente homogêneo e um conjunto de determinações sócio-históricas consideradas como metodologicamente estáveis, o que importa é que, tomados em relações de força simbólicas de dominação, resistência, etc. são possíveis mesmo em línguas de estatuto social diferente desnivelamentos intralingüísticos entre códigos sociais diferenciados, são o objeto de estudos macrossociológicos diferenciais.

A ruptura com a Psicologia social, especialmente americana, focalizadas no estudo das relações verbais e não verbais observáveis entre diversos sujeitos, forclui o triplo registro da história, da língua e do inconsciente, posto que, a situação experimental é uma cena fechada, a - histórica, na qual a linguagem é imediatamente identificada em seqüências “observáveis” de ações trocadas entre os protagonistas da interação.

Ainda assim as teorias e os métodos desenvolvidos em AD, não cessaram de se defrontar com essa situação de tripla forclusão, com a esperança de contribuir para desfazer seu nó. Com isso a AD encontrava-se às voltas com a impossível tarefa de “explicar-se” com o mito oni-eficaz do sujeito psicológico, “mestre em sua morada”, o sujeito epistemológico que integra a lógica como condição e o limite interno como domínio; estava diante de dois limites o social e o biológico.

Pelo universal narcisismo do pensamento humano o sujeito é, um estrategista consciente, racional e lógico-operatório, cujos poderes se encontram limitados, de fato, em sua emergência progressiva, sua aquisição e seu exercício de um lado, pelas limitações biológicas e, de outro, pelas limitações sociológicas; esse sujeito só pode viver em sociedade, em cooperação confrontando com outros sujeitos-estrategistas, no exercício de suas estratégias, eles não deixaram também de aliená-lo.

Exemplo evocado por Pêcheux é o paralelogramo (figura geométrica, quadrilátero plano, cujos lados opostos são paralelos) de Engels o que cada um quer é contrariado por cada um dos outros, de maneira que o que se produz não é desejado por ninguém.

No espaço desse mito psicológico, a história é apenas uma resultante de uma série de interações, a língua nada mais é que uma porção dessas interações simbólicas, e o inconsciente nada mais, do que a não consciência que afeta negativamente este ou aquele setor das atividades do sujeito humano, em função das determinações biológicas e/ou sociais.

A “Psicologia” aparece a lingüistas, historiadores, sociólogos ou cientistas políticos como uma disciplina auxiliar acima de qualquer suspeita, à qual se dirigem para fundamentar ou criticar suas próprias representações do dito sujeito e de seu domínio. Porém, todo sujeito experimenta em sua vida de que modo esse domínio falha, evidenciando a tomada inconsciente pela qual o sujeito está submetido à castração simbólica, que não se confunde com os limites inerentes às limitações biológicas ou sociológicas; ou seja, o lapso constitui o estranhamento familiar com o qual todo sujeito humano é confrontado.

Ser um “especialista” para saber algo sobre isso é para Pêcheux às vezes até uma deficiência. Portanto, considera que o analista freudiano se baseia nesse saber inconsciente em sua prática e é essa a diferença crucial entre este e a posição psicológica ou psiquiátrica: ao imaginar que “domina” este saber inconsciente, deixa de ser analista.

Porém, como não estão advertidos dessa diferença crucial nem da hostilidade instintiva da instituição psicológica em relação a tudo o que respeito ao registro psicanalítico, os lingüistas, historiadores ou sociólogos, podem confundir Psicologia e Psicanálise em uma global “teoria do sujeito” da qual esperam que lhes ajude a pensar, dominar intelectualmente o estatuto do locutor e do enunciador, da atividade simbólica, do agente sócio-histórico, etc.

A técnica da Psicanálise consiste em jamais camuflar ou atenuar as resistências, não é possível tomar a via dos acordos, das atenuações, em suma, do oportunismo diplomático sem que se perca a própria rota.

É projeto da AD, construir procedimentos que exponham o olhar-leitor a níveis opacos à ação estratégica de um sujeito; uma leitura na qual o sujeito é ao mesmo despojado e responsável pelo sentido que lê. O modelo do sujeito epistêmico aplica-se facilmente na nova interdisciplina designada pelo termo inteligência artificial, é o discurso das Ciências da Natureza ou das tecnologias, trata-se de universos discursivos logicamente estabilizados.

Por não poderem se contentar com o inconsciente, a história, os “observáveis” discursivos comportamentais nem com estruturas do sujeito epistêmico da Psicologia cognitiva, é que, ao contrário, o campo da AD é determinado pelo campo dos espaços discursivos não estabilizados logicamente. A AD depende dos domínios filosóficos, sócio-histórico, político ou estético, da problemática dos universais de crença, dos mundos possíveis, etc.

Para Pêcheux os vínculos da AD com as disciplinas psicológicas são mais conflituosos do que com outras disciplinas, justamente por se configurar uma relação contraditória entre Psicologia e Psicanálise; esta última, seja como disciplina “literária”, seja como “prática” clínica, é tratada pelas instituições acadêmicas como suspeita de ser não séria; posto que alguns literatos e/ou clínicos valem-se dela para dizer e fazer efetivamente “qualquer coisa” só alimenta a resistência fundamental das instituições e dos indivíduos diante da “ferida” que Freud infligiu aos ideais do sujeito “mestre em sua morada”.

Uma das mais importantes distinções que Pêcheux faz é sem dúvida a dos mundos discursivos estabilizados logicamente e os não estabilizados logicamente. Os estabilizados logicamente seriam constituídos de anteparos discursivos utilizados para que se tenha a ilusão da estabilização lógica do mundo, ou seja, os movimentos discursivos dos sujeitos na tentativa de evitar a falha. Entre eles encontram-se os genéricos discursivos, por exemplo.

Pêcheux justifica um título do trabalho, que era inicialmente: “Considerações epistemológicas sobre os processos de constituição das teorias lingüísticas”, assunto do qual refere não ter tratado em primeiro lugar por considerar o termo epistemologia e sua associação a uma “intervenção” especializada na criação de anteparos, prevenções filosóficas, desenvolvimento de precauções metodológicas, avaliação formal das teorias a partir de instrumental conceitual.

Pêcheux evidencia que o processo de constituição das teorias e tendências à desconstrução das teorias no campo do espaço lingüístico inclui um procedimento que consiste em tentar estabelecer aproximações entre pontos da história epistemológica da disciplina lingüística de modo que se possam explicar as mudanças de afinidade epistemológica da lingüística, as transformações que afetaram sua rede de alianças teóricas no campo das disciplinas exatas e humanas e sociais até a situação atual.

Pêcheux associa o tocar os pontos sensíveis da história epistemológica da lingüística a uma “acupuntura” no seu corpo histórico, uma metáfora para alfinetada que Benveniste desfere contra o corpo acadêmico da ciência lingüística, o ponto inaugural da lingüística como disciplina autônoma.

Ao analisar o discurso de Benveniste em sua conferência em comemoração ao cinquentenário da morte de Saussure quando declara que este não só cumpriu bem seu destino como ainda o continua a cumprir posto que, não há um só lingüista que não deva alguma coisa a Saussure.

No que concerne à língua (Saussure) pressente certas propriedades que não se encontram em nenhuma outra parte. Comparada a qualquer outra coisa a língua sempre surge como algo diferente e se pergunta: em que ela é diferente? Onde está propriamente a língua?

Para Pêcheux o que manifesta o estado atual da lingüística é que esse ponto inaugural permanece evanescente e que a ruptura suposta por Saussure não é jamais efetuada. O resgate que Benveniste procura fazer, recolocando a lingüística como constituída em sua identificação teórica com seu fundador é questionado por Pêcheux ao declara que o destino da lingüística saussuriana não se cumpriu, ainda.

Pêcheux avalia que o “efeito Saussure” não é um caminho sem volta e que há, de fato, um contingente pequeno de lingüistas para os quais o empreendimento saussuriano representa algo diferente de um amor teórico transformado em ódio; para Pêcheux o grosso das forças da lingüística está contra Saussure e inveja a sociologia, a lógica, a estética, a pragmática ou a psicologia.

O autor considera situações de reunificações enganosas alternadas com diásporas reais que concorreram para o auto-recobrimento saussuriano, no exemplo recortado por Milner: “Saussure pensa perder sua reputação de estudioso por ter acreditado reconhecer anagramas”. (1982:336).

A lingüística saussuriana vai errar do círculo de Moscou (onde é introduzida por Jakobson e Karcevski) ao círculo de Praga, depois irá obcecar Viena e Copenhague. Através dessa dispersão produzem-se uma espécie de “difração epistemológica” que distribui de um lugar a outro, diferentes interpretações sociologistas das intuições saussurianas:

O círculo de Moscou marca os primórdios do formalismo estrutural e o início de uma sociologia da linguagem; e o círculo de Praga que marca a fundação da fonologia e o início de investigações abertas à escrita literária, contato com o psicologismo das teorias da Gestalt; e Copenhague inaugura o projeto de construção de uma lógica semiológica do signo.

Os anos 50 dão a aparência de reunificação, a “segunda vida de Saussure” parece se confundir com a da lingüística enquanto disciplina acima de qualquer suspeita: do funcionalismo de Martinet às teorias behavioristas da comunicação, se estendendo até o estruturalismo distribucional de Bloomfield, invocado pela escola americana, e que faz uma exposição elogiosa a Saussure pela distinção entre língua e

fala; “por mais diferente que se tornado a escola americana nem por isso ela deixa de manter o vínculo com Saussure”. (Benveniste).

A herança do estruturalismo saussuriano parecia encaminhar-se para suas melhores condições de realização no nível sintático através da reprise: fundamentos teóricos no plano fonológico e morfológico; o momento “galileano” da ruptura parecia desembocar (sob a forma de um projeto de construção formal da sintaxe) na refusão matemática “newtoniana”, transformação diante da qual o behaviorismo funcional balançava progressivamente em um desequilíbrio irremediável.

No início dos anos 60, a unidade fragmenta-se novamente e pelos próximos 15 anos sob o efeito da hegemonia teórica da Gramática Gerativo-Transformacional (GGT) que continua a “manter terreno”, nos Estados Unidos e Europa e o surgimento do estruturalismo, na França, corrente filosófica, epistemológica e politicamente bastante heterogênea, que constituiu seu espaço pela referência a três nomes próprios fundadores e à re-leitura de suas obras: Marx, Freud e Saussure.

A posição-chave que o novo materialismo da estrutura atribuía à lingüística enquanto “ciência-piloto”, foi manifestada pela designação dessa corrente como *estruturalismo*.

O desafio era separar a lingüística do funcionalismo sociopsicologista, apoiando-se nos trabalhos de Jakobson e Benveniste; disso resultou uma série de filosofemas, tais como as noções de significante, estrutura combinatória; também são considerados efeitos desse novo dispositivo filosófico os trabalhos de Derrida, Althusser, Foucault, Lévi - Strauss e Lacan.

Como efeito desse *retorno às fontes*, se distribuiu entre uma reflexão “semiológica” sobre o espaço literário, (Barthes, Kristeva...) e também posições originais como a de Culioli, que, referindo-se a lógica de Frege para confrontar as tradições lingüísticas francesas aos novos desafios da GGT, desemboca na construção de uma teoria formal da gramática capaz de construir os fenômenos enunciativos.

A posição de Milner faz uma reflexão singular próxima da GGT, ao dedicar-se aquilo que, do interior dessa teoria resiste ao seu desvio epistemológico interno, a essa opacificação do fato inconsciente da “lalangue” sob a construção racional da gramática de uma língua.

O paralelismo dos dois eventos (GGT nos Estados Unidos e na Europa/ o estruturalismo filosófico na França) explica a resistência dos lingüistas franceses no que concerne ao chomskysmo, a GGT não ultrapassou na França o nível de uma

vulgarização universitária de superfície, acompanhada por um misterioso funcionamento de seita de iniciados. Inversamente, os efeitos do estruturalismo francês na Europa, não ultrapassaram o círculo universitário dos departamentos de francês e de filosofia, bem como alguns grupos políticos de esquerda, advertidos da existência das teorias parisienses, por razões evidentes a “recepção” foi desde o início mais ampla e mais política em países como a Itália e na América Latina.

Os diferentes funcionalismos sociopsicologistas, inscritos na linha das “sociologias da linguagem”, tinham conservado posições sólidas para fornecer argumentos políticos a um antichomskysmo “de esquerda”, não hesitando em associar o estruturalismo, Saussure e Chomsky no mesmo ódio teórico, de acordo com Pêcheux.

O início dos anos 80 marca o fim do materialismo estrutural à moda francesa. O esgotamento do efeito - Saussure e o bloqueio das pesquisas teóricas empreendidas pela GGT, simultaneamente justifica entre os lingüistas a formação de um amplo consenso ant-saussuriano e anti-chomskysmo, repousando sobre a idéia de que a lingüística formal é falaciosa e inútil e que é urgente ocupar-se de *outra coisa*.

O itinerário próprio à GGT contribuiu para o recobrimento interno da especificidade dos fatos sintáticos, deslocando cada vez mais o ponto de reflexão em direção à pragmática, à semântica e à lógica, constitui o vício formalista às virtudes de um pensamento “aberto ao exterior”.

A relação real entre Saussure e Chomsky continua uma discussão fundamental da lingüística, porém compartilham a mesma preocupação obsedante de determinar “onde está o caráter próprio da língua”.

Pêcheux considera que se esteja reconstituindo um consenso sobre a base de unidade negativa, em uma diáspora intelectual, que tende a remergulhar a lingüística em questões de biologia, de lógica e de psicologia (individual e social), como se as condições de autonomia epistemológicas da lingüística enquanto ciência se achasse mais uma vez comprometidas historicamente.

É preciso supor que esta disciplina está exposta do seu próprio interior aos efeitos do processo histórico e político de conjunto que constitui o espaço no qual sua história se produz.

Ao tentar pensar a lingüística “fora dela mesma”, na história, arrisca-se a perder de vista o próprio real que ela acaba de sustentar que discute.

Em *A língua inatingível*, as posições constituem uma tentativa de contornar esta aporia, ao mostrar a especificidade do real da língua, que é indissociável daquela que

faz parte das opções de apoio através das quais se constitui e se transforma a rede de suas alianças.

Aventurar hipóteses que vêm assinar as redes de afinidades da lingüística é tomar posição acerca do real próprio à lingüística enquanto real da língua, as três proposições que se seguem se limitam a evocar feixes de índices históricos, pontos sensíveis nos quais se entrecruzam diferentes níveis.

O momento de unificação aparente da lingüística dos anos 50, o paradoxo desse começo dos anos 80, “A linguagem é justamente o que há de mais paradoxal no mundo, e infelizes são aqueles que não percebem isso” (Benveniste).

A dissociação institucional entre uma lingüística do cérebro e uma lingüística social; tal dissociação coloca a lingüística social em posição dominada e marginal; toda língua natural é condição de existência de universos discursivos não estabilizados logicamente.

Velha certeza aristocrática de que as massas nada produzem por estarem infinitamente absorvidas pelas lógicas do cotidiano, jogos da ordem simbólica não lhe concernem. Desconstrução das evidências do sujeito psicológico, no campo em que elas estão mais bem instaladas. O que resta do real da língua enquanto ele “faz irrupção pelo real de uma falta”? O fato lingüístico do equívoco como fato estrutural implicado pela ordem simbólica, ou seja, de trabalhar no ponto em que cessa a consciência da representação lógica inscrita no espaço dos mundos normais.

O objeto da lingüística surge assim atravessado por uma divisão discursiva entre dois espaços: o da manipulação de significações estabilizadas, normatizadas por uma higiene pedagógica do pensamento, e aquele das transformações do sentido, que escapa a toda norma atribuível a priori, de um trabalho do sentido sobre o sentido, tomado na repetição indefinida das interpelações.

A fronteira entre os dois espaços é difícil de determinar, ainda mais que existe toda uma zona intermediária de processos discursivos que oscilam ao redor dessa fronteira: o que assegura sua eficácia é precisamente a possibilidade que oferecem de especular com as aparências lógicas, para “fazer pensar” melhor os deslizamentos do sentido.

Entre a simetria e o equívoco, o paradoxo da língua atinge a ordem da regra duas vezes: pelo jogo das regras e pelo jogo sobre as regras; tentar pensar a língua como espaço sobre as regras é supor na língua uma ordem de regra que não é nem lógica nem

social. Dessimetrizar o corpo das regras sintáticas ao construir aí os efeitos que o atravessam, no momento mesmo em que uma palavra se introduz sobre uma outra.

Deve-se tratar de pensar a língua como um corpo atravessado por falhas, submetido à irrupção interna da falta.

A análise indiciária, à qual nos filiamos, faz-se a partir de gestos de interpretação por parte do analista, dos quais se fará possível atingir algumas das peculiaridades nas manifestações da ideologia e do inconsciente, que, a qualquer momento, emergem como falta; seja nos atos falhos, nos tropeços, nos esquecimentos, dos vários *corpora*.

O paradigma indiciário, (TFOUNI, 1992, p. 211), quando empregado para analisar indícios lingüísticos - discursivos, lembra que o dado não é dotado de neutralidade e objetividade e não pode, dessa forma, ser enquadrado empiricamente já que não é diretamente observável.

Para Laureano, (2005, p. 92):

Uma das grandes vantagens de se analisar dados à luz da AD e da psicanálise é a possibilidade que ambas oferecem de se verificar a teoria em movimento nos dados que analisamos. Isto dá a ambas um caráter dinâmico e nos mostra que mesmo tendo sido construídas há muitos anos seus pressupostos são válidos, pois estão sempre sendo postos à prova. Creemos que esta é uma das grandes qualidades destas ciências indiciárias, pois se constituem continuamente a cada dado que é analisado.

Naturalmente, nos indicam que o conhecimento não vem da observação direta da língua ou da linguagem, mas, sim, da junção de aspectos teóricos da internalização da história e da cultura.

Há, portanto, uma mudança no modelo de análise que não responde pela ideologia institucional, indicando um imbricamento do analista com seu *corpus* de análise. Como vemos, ainda em Tfouni (1992, p. 217-218):

Essas descentrações teóricas levam, também, a mudanças metodológicas. Assim, considerar a situação de testagem como uma situação dialógica e discursiva, implica adotar o paradigma indiciário de Ginzburg, bem como colocar-se como pesquisador que tem um excedente de visão sobre os vários níveis de interação que estão em jogo naquela situação específica (...) é na enunciação, no próprio ato de construção conjunta de significado, que emergem esses indícios, os quais são analisados do ponto de vista de uma teoria de pragmática e análise do discurso.

Tanto a AD pêcheutiana quanto a Psicanálise lacaniana nos filiam-se ao paradigma indiciário de análise dos dados, para o qual a superfície linguística é opaca, e o que se vê, são marcas, pistas, que, para serem interpretadas, requerem que se atinjam seus modos de funcionamento. O ponto de partida é sempre que existe uma heterogeneidade de formações discursivas, que são determinadas por formações ideológicas, as quais, por sua vez, estão embebidas em uma formação social.

O sujeito do discurso é considerado no paradigma indiciário, para a AD e para a Psicanálise, não como indivíduo, mas como uma posição e, essa posição, lhe permite produzir alguns sentidos, enquanto interdita outros. Temos assim uma conexão entre o inconsciente psicanalítico e o inconsciente da ideologia, visto que o sujeito, quando impedido de dizer algo, acaba produzindo o sentido interditado em outro lugar discursivo. É onde encontramos atos falhos, metáforas, metonímias e outras formações, que poderão nos indiciar, por exemplo, o apagamento da condição social dos sujeitos trabalhadores da saúde, na luta de classes.

O analista de discurso toma recortes em seu *corpus* de análise para que se possam evidenciar os gestos de leitura e interpretação possíveis em uma determinada análise. Trata-se do “aparato interpretativo” de acordo com Orlandi, para o qual não é ‘a olho nu que se clarifica o objeto para o especialista’. Também por esta razão, lançamos mão de recortes nas entrevistas para esta pesquisa, bem como, mobilizamos alguns dos possíveis recursos teóricos da AD pêcheutiana e da Psicanálise lacaniana, além de autores como Bauman e Zizek.

A noção de Transferência em Lacan (1995) compõe o arcabouço teórico inicial de análise, como uma tentativa de ouvir as diferentes vozes do discurso hegemônico e as várias *posições sujeito* ocupadas e alternadas na relação de poder. O conceito *posição sujeito* norteia a compreensão das convergências discursivas e dissonâncias nas formações sociais, e, portanto, ideológicas. Apesar de consenso o fato de que o discurso pedagógico esconde, apaga as polissemias inerentes à linguagem, os discursos do mestre e do capitalista, conceituados por Lacan, também nos apresentam possibilidades de leituras outras, denotando subsumida a luta de classes.

A distinção entre método e mecanismo de interpretação se faz necessária para evidenciar os gestos de interpretação do analista ao escandir marcas ou pistas discursivas, um distanciamento clássico da análise de discurso pêcheutiana e o como se diferencia da ciência positivista empírica e descritiva que, no nosso caso, pouco ou nada

acrescentaria à análise e mesmo aos objetivos deste trabalho, posto que o tema clame por uma possibilidade de teorização.

Nossa intenção é que o arcabouço teórico mobilizado aqui sustente os desvelamentos que a análise supostamente nos ‘escancara’.

Algumas análises possíveis

Os ‘gestos de análise’ foram feitos a partir de recortes no discurso de uma dos 13 ex-alunos que concluíram o curso de Formação de Facilitadores em Educação Permanente, já descrito anteriormente neste trabalho. A ex-aluna concedeu-me a entrevista em seu atual local de trabalho, um centro de atenção psicossocial (CAPS), em um município do Estado de São Paulo. A entrevista foi gravada em Mp3, transcrita por mim, e, encontra-se no anexo 1 na seção final deste trabalho.

De acordo com Lagazzi (1988, p.59) “o fato das condições de produção indicar os procedimentos de constituição do *corpus* não significa que elas se encontrem formuladas à priori”; portanto, apesar das entrevistas terem sido concedidas e gentilmente cedidas e, posteriormente transcritas, apenas constituem um conjunto potencial de discursos que podem ser objeto análise, estabelecem um campo discursivo de referência, conforme indica Lagazzi (*op.cit.*).

Fizemos as transposições de partes da entrevista transcrita e sublinhamos alguns dos recortes com a finalidade de contextualização de algumas narrativas, por esta razão, não se encontram enumerados. Faço notar que nome **Antônia** foi usado para marcar a reprodução da fala da entrevistada e a abreviatura **Entr.**, foi usada para marcar minhas interferências e eventuais perguntas no decorrer da entrevista.

(...) **Entr.:** Você está dizendo que sua mãe frequenta o SUS

Antônia: Então, por exemplo, minha mãe vai lá, ela tem convênio, até que é um convênio bom, mas, mas...só... tem um limite, de coisas que autoriza, então, no caso, por exemplo, ela vai tê (r) que fazer um exame; aí cê depara com...um número de...uma quota de exame, aí pra você fazer, por exemplo, uma cintilografia, um eco, um exame mais elaborado, mais de média complexidade, você, demora por exemplo, seis meses, 1 ano, pra conseguir essa autorização, até lá, se tiver que morrer, morre, né? Então eu tô falando no caso, desse caso, mas, eu vejo assim: o paciente vem aqui, aqui tem psicóloga, fonoaudióloga, terapeuta ocupacional e psicopedagoga; eles vêm aqui (es) tão na beirada...

Entr.: Como assim na beirada? (risos).

Antônia: De cabelo em pé, desesperada por causa de filho, por causa de marido, uma depressão terrível, tão, assim, na beirada do precipício, eles chegam aqui (es) tão desesperado, então, desabam aqui pra nós, nós, cê vê, eu sou escrituraria, mas, eu falo

que isso aqui, a gente é um pouco psicóloga, porque você tem que fazer um acolhimento, super assim, humanizado, super humano com o paciente, receber super bem (...).

Chama-nos a atenção neste longo trecho, a importância para o sujeito do atendimento humanizado e o SUS como ‘último recurso’, suprimindo, imaginariamente, a demanda por afeto, carinho, atenção e solução para problemas notadamente sociais, econômicos, entre outros.

Para Lacan o indicador fantasmático se opera a partir da repetição; escandimos a palavra super, repetida três vezes na frase com o intuito de demonstrar que o sujeito entende que o acolhimento e a postura do atendente no acolhimento, devem ser diferenciados. Para nós, indica o quão extra humanizado está o atendente, como alguém que sabe o que é bom para o paciente como já dissemos, no entanto, o que nos aparece como ‘heterogeneidade mostrada’ agora não ‘marcada’, de acordo com Authier-Revuz (1990) é o significante ‘super’, provavelmente indiciando a ideologia de alguma coisa mais que humana, demonstrando a insuficiência da humanidade, algo super humano é mais que humano é mais possível de obter resultado, posto que, o apenas humano, nos levou à condição de miséria humana em que se encontra o SUS e seus usuários hoje.

Cont. Antônio. (...) “tenta erguer a auto-estima dele, incutir a idéia de Deus, vai ajudar, a gente faz de tudo, faz o jogo de cintura, assim, né? aí a pessoa conversa, ela num, ela num, nós, nós num somos assim o psicólogo que eles tão querendo, um médico, um psicólogo, apenas, os que agita aqui, o que tá acolhendo, se não tiver esse acolhimento bem humanizado, o paciente sai daqui pior do que ele entrou, então, por exemplo, o paciente chega pra marcar, eu só tenho psicóloga pra marcar pra Agosto, a pessoa tá mal, ela não vai agüentar esperar até Agosto; a gente conversa: tenha calma, tenha fé, procura Deus, vai pensando, e não sei o que, e vai, vai, vai: ó eu vou te ligar assim que surgir uma vaga; (...)

Os imperativos surgem para refazer o caminho, supostamente a demanda imaginária está se cumprindo, ou seja, o paciente precisava de acolhimento e o recebe; de alguém que sabe o que é melhor pra ele, isto é, Deus e a proclamada calma que se pode obter ‘por intermédio da fé em Deus’. Na sequência, outras dicas, agora, no plano físico, recorrendo à ideologia imposta pelo discurso médico, medicamentoso, dos cuidados com o corpo, são eles, ‘melhora tua qualidade de vida, faz caminhada, melhora

tua alimentação’. O discurso capitalista invoca a todo o momento a cultura do corpo como algo a ser disciplinado e cujas demandas plenamente satisfeita.

Cont. Antônio: (...) porque quando, alguém falta a gente liga, às vezes o paciente cancela com antecedência a gente encaixa, a pessoa até chora aqui, pelo menos ela vai embora um pouco melhor do que entrou, porque quando elas vêm elas falam pra gente: ‘Nossa aquele dia eu tava a fim de me matar, mas, você atendeu a gente tão bem’, tanto eu como a outra pessoa que tá aqui comigo, ‘que eu saí daqui mais aliviada’. A gente fala: gente, a gente (...)

Neste trecho temos mais uma situação de distanciamento pela via da identificação, ou seja, é necessário acolher o paciente indicando a universalidade dos problemas, ou seja, todos têm problemas; assim fica descartada a possibilidade do paciente reclamar, se voltar contra o atendente, se indispor com as pessoas dos serviços; ideologicamente identificado, têm-se a resignação do paciente que vai pra casa pra esperar ser contactado, aguardar sua vez, resignado com o fato de que todos os outros sujeitos envolvidos também têm problemas e esperam, não se desesperam, não se revoltam e não se matam, apenas esperam, apenas ‘têm esperança’.

Essa impressão é corroborada pelo próximo recorte: ‘a pessoa vai fazer besteira lá’:

Tanto nos sugere que o atendente pode temer que a pessoa se suicide quanto que faça alguma reclamação para a ouvidoria do serviço ou mesmo que venha a vociferar contra o serviço. De todos os modos, para nós, o atendente ocupa a posição sujeito de protetor e mantenedor das vidas dos usuários, da ordem nos serviços e da paz no SUS. Interpelados pela ideologia da lei dominante e da demanda, lançam mão dos recursos discursivos que tais formações dispõem, ou seja, o discurso do capital que impele e convoca a vida plena, a juventude eterna e a saúde global por meio de um ditado imperativo estilo de vida; meios para se atingir a um fim e estancar o desejo, calar a falta constitutiva do sujeito.

A reiteração do discurso cria a ilusão no atendente de cumprir seu papel de acolher a demanda ao mesmo tempo que reifica o conhecimento para si; como diria Lacan o sujeito só fala do que não sabe; pensando assim, podemos inferir que o sujeito atendente faz o discurso mais para si e não apenas para o outro.

Cont. Antônio: (...) ”também tem problema, não é só vocês, eles falam ah, mas, vocês falam porque cês não tão sabendo o que eu tô passando, aí a gente conta algum relato,

alguma coisa que a gente tá sabendo, a pessoa sai daqui mais fortalecida. Se não tiver esse atendimento, a pessoa vai embora e vai fazer besteira lá; é igual no caso do médico, no caso do exame, então quê que acontece no caso do exame? no caso de um exame, às vezes não tem vaga, a pessoa chega e é atendida assim: não num tem esse profissional aqui; não explica por que, não oferece alternativa: olha eu tenho um clínico geral aqui que vai resolver parte do seu problema (...).

O sujeito tem certeza de prestar um serviço ‘humanizado’ que ofereça alternativas para o usuário; ao explicar que não tem o que ele quer no momento, mas, que tem outras opções que poderão compor com a solução dos problemas para a direção da cura; faz-nos supor que esteja capturado pela formação discursiva dominante de que há uma outra saída para o problema e a solução para ele, mesmo que não seja o que paciente espera e demanda no momento.

Porém, as alternativas são postas como solução para os problemas e a responsabilidade é colocada para o atendimento básico, na dita ‘porta de entrada do serviço’; solução corroborada com a fala: (...)”o funcionário baixo lá, o atendente, os serviços diversos” (...).

Cont. Antônia: (...) “Então, falta muito essa parte de, um atendimento...o primeiro atendimento na unidade que é o funcionário baixo lá, ó, é o atendente, os serviços diversos, o final é o médico, mas, se ele for bem atendido aqui, ele chega lá já com quase, 50% do caso resolvido, porque qual é o problema do paciente do SUS? é pobre, não tem dinheiro pra pagar nada, é carente, se sente marginalizado por tudo eles acham que o SUS é o fim da linha, eles acham: SUS é o fim da linha. (Antônia faz uma pausa para atender ao telefone) e depois, retoma a conversa comigo: (...) “Então, aí que é isso, a pessoa tá no fim da linha (...).

Pode – se inferir que estamos diante de no mínimo duas formações discursivas dominadas, a saber, a de que ‘o SUS é o fim da linha’ e a de que ‘a pessoa quando chega no SUS está no fim da linha’; indicando não haver saída, não haver mais nada a ser feito e, ainda mais, a pessoa não tem mais recurso algum, esgotou as possibilidades e, ‘no fim da linha’, ela procura o SUS, que não apenas por ironia, se encontra também ele ali, no fim da linha.

Cont. Antônio: (...) “é, independente do problema de saúde ela...(faz outra pausa para atender ao telefone novamente), então, eu acho assim, a pessoa vem com tudo isso, mas, o que mais tá influenciando essa doença dela, igual cê falou: a diabete, a depressão, a dor de cabeça a pressão alta é a parte financeira, a parte emocional, a a parte de família que tá muito bagunçada; a gente tá vendo isso aqui na nossa área; porque antes eu trabalhava com médico, agora é com psicólogo, essa parte aí, então, cê vê que, 90% dos casos, é a família que não tá estruturada, por droga ou por alcoolismo, pode ser, por marido e muié que separa, tudo isso, por tudo! Então, o desemprego, então, o que que tá valendo muito mais é a parte social, a parte emocional que leva todo mundo pro médico; então eu sempre falo, falava assim, conversava com os médicos, e falava assim: conversava com os psiquiatras, os neurologistas e falava: gente em vez de cêis fica contratando, esses prefeitos ficarem contratando 10, é clínico geral, 10 psiquiatras, 10 não sei o que, contrata 10 psicólogos, eles vão ouvir as pessoas, vai orientar: o que as pessoas têm? Tem necessidade de alguém pra desabafar, pra, pra ouvir, hoje, família num ouve ninguém, amigo não ouve ninguém, não é? É tudo uma parte que tá...eu sou muito...tradicionalista, segundo meus filhos, meu marido,: aí você é muito tradicionalista, cê é muito...bitolada nas coisas antigas, gente, era ótimo antes, não é eu sou antiga, mas, cê vê, a família era unida, não era? Era raras as pessoas que tinham pressão alta, que tinha stress, que tinha depressão, hoje é muito, mas perdeu todo esse vínculo, então, se a gente aqui no atendimento não ti, tentar criar um vínculo com o paciente a hora que ele chega, ele não vai terminar bem lá também; então, a base do SUS é o primeiro atendimento da unidade.

A tentativa de legitimar seu conhecimento e, por conseguinte suas afirmações se apresentam para nós nas formas percentuais; o que nos chama a atenção e nos causa estranhamento.

Entr.: O que você acha que precisa, porque você faz esse trabalho, mas, me parece que é uma coisa sua?

Antônia: É um, sou eu, eu tenho uma coisa, que

Entr.: então, me dá a impressão de que é pessoal

Antonia: então porque eu tenho esse envolvimento, eu entrei eu abracei minha profissão, eu gosto do que eu faço, eu trabalho com amor, eu tô lá em casa eu tô pensando aqui, eu tô pensando em pensando me aposentar eu tô, eu posso, mas, eu tô

pensando porque eu vou ter que deixá e isso faz bem pra mim, eu tô tentando ajudar os outros, me faz bem também, é uma maneira de eu ter um retorno, né? É a...como é que fala? É o, é o minha consciência tranqüila; tem gente, eu já ouvi colegas aqui do serviço e de outros lugares: 'eu trabalho pelo meu holerite' cê pensa é falta de envolvimento, não tá nem aí se a pessoa vai sair daqui e vai se matar, vai morrer de enfarte, de derrame, do que for, sabe? Ele, ele quer saber de no final do mês chega o holerite dele e recebe; não tem esse envolvimento, o que eu vou fazer?

Entr.: Você acha que isso prejudica a qualidade do serviço que ele presta?

Antônia: exatamente, prejudica e muito, por exemplo, nós como funcionário, o médico, por exemplo, a gente tem aqui, ah, profissionais, cê vê o envolvimento deles e o retorno dos pacientes; aquele que quase não se envolve com os pacientes, que é mais frio, que é na dele e tal, ele não tem quase retorno, abandona o tratamento, não tem retorno nenhum, não melhora; aquele que cê vê que o profissional se dedica e, e vai com amor e liga e dá retorno, tudo, ele, a pessoa tem retorno, a pessoa, chega agradece, tem alta depois, passa aí e : 'aí eu queria ver minha psicóloga, eu queria ver minha T.O., eu queria ver minha fono, nossa que bom a época que eu vim aqui foi tão bom pra mim', isso aí não é gratificante? Então, cê vê que o SUS funciona sim, funciona, mas, não funciona 100% por quê? Por falta de envolvimento dos próprios profissionais. Tem médico, que atende o paciente com o maior carinho e ganha aqueles 1500, 2000 igual todo mundo e tem uns que a pessoa entra, a receita já tá pronta ele vê que o, o paciente vê que ele nem olha no olho do paciente, não é? Então, eu acho que é isso que eles falam, não é o próprio sistema, ah, o exame tá demorando, só que a consulta foi bem feita, ele foi orientado: 'ó cê tem um colesterol alto, cê tem que fazer um eletro, cê tem que fazer uma cintilografia, sei lá o que que é, uma esteira, alguma coisa que vai demorar, mas, melhora sua qualidade de vida, muda sua alimentação, faz uma caminhada, vai orientando, tem toda essa orientação, não tem?

Por exemplo, pra diminuir a, o diabete, pra diminuir o colesterol, olha o senhor tem o diabetes emocional? Vou te encaminhar pro psicólogo, você vai tentar se controlar, você vai...sabe? Agora não ele entra: ó colesterol alto, pá! Não orienta nada, porque? Ele qué atendê em meio minuto, em 30 minutos atende os 16 e vaza, porque a obrigação dele é atendê os 16; se o paciente vai morrer ou não ele não tem esse comprometimento.

Entr.: Você acha que isso a quê? Porque a questão é pessoal, então, não temos saída? E as capacitações, não são um bom recurso?

Antonia: Olha, é, é tem ns, n capacitações aí, e cê vê que são sempre as mesmas pessoas que se envolvem, não é? É 1% que se envolve e o restante não tá nem aí, ele vai porque vai sair da unidade um dia, vai lá passear, ouve, não ouve, escuta né? Bate e sai, bate na orelha e sai não atravessa, não entra no cérebro, não atinge o coração, não é? Eu acho que é por aí; os médicos, eu acho que eles tinham que trabalhar não, eles trabalham muito pelo dinheiro, por exemplo, eles entram numa prefeitura pela aposentadoria que vai ser mais um dinheirinho na aposentadoria deles que no particular se eles não pagar um x eles vão ter um teto e não, prefeitura, não, eles vão aposentar com aquele x, se eles (a) guentarem 30, 35 anos de SUS, fazendo meia horinha todo dia correndo, somente pensando na aposentadoria dele, é isso que você escuta dos médicos, eles mesmos que falam, então, pra quê que ele vai ficar lá, perder, fala pro paciente se não interessa aquele paciente; eu conheço médico que é muito humano, raros, mas eu conheço; conheço que eu trabalhei que ele ficava na unidade da uma às cinco, cinco e meia, fechava às cinco a unidade, era cinco e vinte, cinco e meia a gente: ‘doutor, vamo (s) embora, doutor’, e ele lá conversando, ele é adorado pelos pacientes, ele é super humano, paciente (es) tá no meio da rua, ele consegue: ‘oi doutor’; vai falar, ele tira, ele tem o receituário no bolso, ele receita, ele consulta, ele, não, ‘vai lá na minha casa’, e é assim, e ele é super humano, é raro, também não precisa exagerar, atende no meio da rua, eu falo pra ele, né? Mas, ele fala: ‘Antonia eu sou assim, eu não consigo, eu me coloco no lugar daquela pessoa’, não é? É raro...Eles não se colocam no lugar do paciente, por exemplo, tem uma senhora aí na frente, ó poderia ser minha mãe, poderia ser meu pai que (es) tava aqui, você atender um pouquinho mais legal, né?, não eles não (es) tão nem aí. (...).

A questão do ‘comprometimento’, ou o compromisso a que os servidores devem tanto prestar contas é um dos enlaces da lei do SUS que propõe o envolvimento de todos os atores como uma saída para a saúde. Cooptados pela FD, alguns dos servidores podem fazer seu trabalho mais ou menos envolvidos, porém, o discurso é conhecido e repetido em praticamente todas as entrevistas realizadas, o que nos leva a crer que o discurso faz sentido por revelar a interpelação, mas, não tem força no cumprimento do dever diário; a lei simbólica permanece como esconderijo, como refúgio social para o saber; o que o atendente sabe de si e sua demanda é o todo, é global, como é possível apreender nestes fragmentos de discursos recortados por nós para esta análise, no entanto, há uma necessidade de envolvimento de todos os atores marcadas como

impossível, posto que alguns deles trabalham apenas pelo holerite, de acordo com a entrevistada.

Além de saber o que é bom para cada um e para si a posição sujeito ocupada por este sujeito é a de detentora da lei, guardiã do serviço, quase messiânica em alguns momentos, implicada pela lei da castração a não desobedecer às regras e, mais ainda, por isso mesmo, altamente qualificada para identificar os erros, apontar as faltas e criticar quem não faça seu serviço de acordo com o manual.

A atitude policialesca é corrosiva, pois, denota a angústia de quem sabe que é possível, que é até fácil realizar o trabalho satisfatoriamente; o que nos remete ao *furor senandi*, e, retroativamente à atitude profética.

É a ilusão de completude, pois, a dispersão se instala e é evidenciada no discurso a cada momento em que o sujeito é interpelado pela lei que o obriga a mantê-la, vê-se na escolha das palavras, nas hesitações, nas pausas, por exemplo. No que tange ao discurso universitário, podemos inferir que a lei que se produz, com l minúsculo, sustenta o discurso do sujeito na medida em que produz burocracia, ou seja, de acordo com Lacan “no intuito de produzir saber que, quando produzido, gera a burocracia (fazer) do discurso da universidade, comandado pelo saber estabelecido que pretenda dar conta do desejo adaptado”.

Nosso esforço nesta etapa do trabalho, não é o de analisar a lei, mas, sim, de aproximá-la do estatuto de mote para a mostraçãõ da fantasia que encarna o objeto pulsional, o saber a ser incorporado e seguido. Para Bauman, atualmente, não se tem mais a facilidade de uma ordem, de uma lei que declare definitivamente o certo e o errado, resquícios do declínio da função paterna, porém, a sociedade se acomoda mesmo que a ‘duras penas’ às leis que se prestem a orientar e prometendo o rumo e a saída para as situações; nossa hipótese é que, pelo menos neste momento, o contraponto com a lei do SUS, sirva de espelho metonímico para esta transposição. A seguir trazemos um excerto da lei 8080/90 que nos auxiliou, por retroaçãõ, a inferir a derivação presente no discurso do sujeito.

Art. 5º - Dos objetivos do Sistema Único de Saúde-SUS :

I - a identificação e divulgação dos fatores condicionantes e determinantes da saúde;

II - a formulação de política de saúde destinada a promover, nos campos econômico e social, a observância do disposto no §1º do artigo 2º desta Lei;

III - a assistência às pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com a realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas. (Excerto da lei 8080/90).

De acordo com Lagazzi (1988, p.55) “o enunciado é considerado como o conjunto dos elementos do saber próprio a uma FD; um esquema geral ou uma forma que governa a repetibilidade no interior de uma rede de formulações”.

A lei, consagrada à manutenção da saúde pública e suas derivações no exercício e execução dos serviços, não somente é passível de interpretação como também reivindica interpretação. Tal confirmação se obtém na medida em que o sujeito é convocado a prestar contas, ou seja, na medida em que o sujeito é compelido a falar sobre o que faz; lembra-nos Ducrot (1988), que nem sempre o sujeito faz o que diz fazer, porém, discursivamente ele tem os recursos dadas as condições de produção discursivas que o iludam de estar fazendo isso quando fala sobre o que faz.

As formações discursivas que resgatamos ao ouvir as vozes que perpassam o discurso produzido pelo sujeito dessa análise sobre o serviço único de saúde e sobre sua atuação no mesmo podem gerar a ilusão de que se trata mesmo de um serviço de péssima qualidade prestado por gente bem intencionada.

No entanto, nossa função foi procurar evidenciar que se trata de sujeitos tanto os trabalhadores da área da saúde quanto os usuários dos serviços prestados bem como a lei que regulamenta essa interação e, mais, ainda, que no decorrer desse processo nos saltam as falhas, mas, também as dificuldades impostas por uma transição histórica entre o período higienista da saúde e a grande reforma da saúde pública como uma conquista de todos.

A nós cabe aguardar, nesse Interregno, que se dê uma identificação dos atores com a lei e com as diretrizes da saúde pública bem como uma identificação com as reais possibilidades de se fazer saúde pública de boa qualidade, políticas públicas de real interesse público e incluir na equação o incontornável, o sujeito de direitos, desejante, demandante e previsível ator em constante busca pelo gozo, que, inefável, produz mais demanda e mais busca; nem remédio nem veneno, apenas a constatação castradora de que o objeto está perdido sempre.

BIBLIOGRAFIA⁷

ACHARD, Pierre. [et al.] **Papel da Memória**. Campinas: Pontes, 1999. 71 p.

ANDREOTTI, Magda. [et al.] **Proposta inicial para discussão no subgrupo de VISAT - Vigilância em Saúde do Trabalhador**. COVISA / SMS-SP e DVST-GTOX/CVS/SES-SP. Ministério da Saúde Secretaria de Atenção à Saúde – SAS. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas – DAPE Área Técnica de Saúde do Trabalhador. 2004. 32 p.

ASSOLINI, Filomena E. P. TFOUNI, Leda Verdiani. Discurso pedagógico escolar: interdição à interpretação e à emergência da autoria. **In: Livro de artigos do Programa de pós-graduação em Psicologia**. Departamento de Psicologia e Educação da USP - Ribeirão Preto: Legis Summa, 2004. 12 p.

AUTHIER-REVUZ, Jacqueline. Heterogeneidade (s) Enunciativa (s). Trad. Celene Cruz; João W. Geraldí. Cadernos de Estudos Lingüísticos. Campinas, nº 19; 25-42, Julh./Dez. 1990.

BAIRRÃO, José F. Miguel. **O impossível sujeito**: implicações da irreducibilidade do inconsciente. Vols. 1 e 2. São Paulo: Edições Rosari, 2003. – Babel da Psicanálise.

BAUMAN, Zygmunt. **O triplo desafio**: Maio de 2009. **In: Revista Cult** no. 138, 03/08/2009.

Disponível em: <http://revistacult.uol.com.br/novo/site.asp?edtCode=2BB95253-7CA0-42E3-8C55-8FF4DD53EC06&nwsCode={D65BE3E2-CCE3-4F64-B3E6-E8489AC54C3E}>

_____. **Tempos Líquidos**. Trad. Carlos Alberto Medeiros. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2007. 119 p.

_____. **Identidade**: entrevista a Benedetto Vecchi. Trad. Carlos Alberto Medeiros. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2005.

⁷ De acordo com a ABNT em FUNARO, 2004.

_____. **Comunidade:** a busca por segurança no mundo atual. Trad. Plínio Dentzien. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2003.

BORDIEU, P. PASSERON, J.C. **A Reprodução:** elementos para uma teoria do sistema de ensino. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1975. 154 p.

BORGES, Celiane. JAPUR, Marisa. **Sentidos de saúde/doença produzidos em grupo numa comunidade alvo do Programa de Saúde da Família (PSF).** *In:* V Seminário de pesquisa. Tomo II - Livro de Artigos. Ribeirão Preto: Legis Summa, 2002. 13 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Agenda de Prioridades para a Política de Recursos Humanos na Gestão do SUS.** Brasília: Coordenação Geral de Desenvolvimento de Recursos humanos para o SUS, 1996. 176 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Desenvolvimento de recursos humanos para os serviços locais de saúde.** Brasília: Coordenação Geral de Desenvolvimento de Recursos Humanos para o SUS, 1992. 56 p.

CHEMAMA, Roland. **Elementos Lacanianos para uma Psicanálise no Cotidiano.** Campinas: CMC Editora, 2002. 352 p.

CASTRO, Julio C. L. Consumo de massa e discurso da histeria. Artigo apresentado no **II Colóquio Binacional Brasil-México de Ciências da Comunicação.** São Paulo; Brasil, 2009. Disponível em:

<https://www.espm.br/.../S4/julio%20cesar%20leme%20de%20castro.pdf>

COSTA, Humberto. **Portaria nº 198 GM/MS de 13 de Fevereiro de 1994.** Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como Estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências. Brasília: Ministério de Estado da Saúde, 2004. 05 p.

COURTINE, J.J. **Metamorfoses do Discurso Político:** derivas da fala pública. São Carlos: Claraluz, 2006. 132 p.

DAPE. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde – SAS. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, DAPE. **Revista Especial - Saúde do trabalhador**, 2004. Área Técnica de Saúde do Trabalhador.

DEGES. BRASIL. Ministério da Saúde. **A Educação Permanente entra na roda:** pólos de educação permanente em saúde: conceitos e caminhos a percorrer. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2005. 36 p.

DEGES. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Curso de formação de facilitadores em educação permanente em saúde:** Orientações para o curso. Rio de Janeiro: Brasil. Ministério da Saúde/ FIOCRUZ, 2005. 30 p.

DEGES. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Curso de formação de facilitadores em educação permanente em saúde:** unidade de aprendizagem – integradora. Rio de Janeiro: Brasil. Ministério da Saúde/ FIOCRUZ, 2005. 56 p.

DEGES. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Curso de formação de facilitadores em educação permanente em saúde:** unidade de aprendizagem – análise do contexto da gestão e das práticas de saúde. Rio de Janeiro: Brasil. Ministério da Saúde/ FIOCRUZ, 2005. 65 p.

DEGES. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Curso de formação de facilitadores em educação permanente em saúde:** unidade de aprendizagem – práticas educativas no cotidiano do trabalho em saúde. Rio de Janeiro: Brasil. Ministério da Saúde/ FIOCRUZ, 2005. 160 p.

DEGES. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Curso de**

formação de facilitadores em educação permanente em saúde: unidade de aprendizagem – trabalho e relações na produção do cuidado em saúde. Rio de Janeiro: Brasil. Ministério da Saúde/ FIOCRUZ, 2005. 104 p.

DEGES. BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação Geral de Desenvolvimento de Recursos Humanos para o SUS. **Debates em práticas de consolidação.** Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2004. 27 p.

DUCROT, O. **O Dizer e o Dito.** Campinas: Pontes, 1988.

FOUCAULT, Michel. **As Palavras e As Coisas:** uma arqueologia das ciências humanas. São Paulo: Martins Fontes, 1992, p. 63.

FRASSETO, Antônio César. **O Furor Docendi como dispositivo de subjetivação escolar:** Casos de êxito e fracasso na alfabetização. Tese de doutorado. Marília: UNESP, 2001. 231 p.

FREUD, Sigmund. O Mal - estar na civilização. **In: Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud** – Vol. XXI. (Edição Standart Brasileira). Rio de Janeiro: Imago, 1996. 186 p.

FUNARO, V. M. B. O., coord. [et al.]. **Diretrizes para apresentação de dissertações e teses da USP:** documento eletrônico e impresso. Universidade de São Paulo. Sistema Integrado de Bibliotecas. Grupo Di Teses. Cadernos de Estudos; 9. SIBi – USP, 2004. 110 p.

GOMEZ MINAYO, C. Processo de Trabalho e Processo de Conhecimento. **In: ARROYO, M., ARRUDA, M., FROGOTTO, G., GOMEZ MINAYO, C., NOSELLA, P. Trabalho e conhecimento:** Dilemas na educação do trabalhador. 2ª ed. São Paulo: Cortez, 1989. 214 p.

GONDRA, José Gonçalves. **Homo Hygienicus:** educação, higiene e a reinvenção do homem. **In: Cad. Cedes,** Campinas, v. 23, n. 59, p. 25-38, abril 2003
Disponível em <http://www.cedes.unicamp.br>

GUILHAUMOU, Jacques; MALDIDIER, Denise. Da Enunciação ao Acontecimento Discursivo em Análise de Discurso. Trad. Freda Indursky. **In:** E. Guimarães (org.) **História e sentido na Linguagem**. Campinas: Pontes, 1989.

LACAN, Jacques. **A relação de Objeto**. Seminário livro 4. Rio Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1995. 456 p.

_____. **Análise e Verdade ou o Fechamento do Inconsciente**. **In:** O Seminário Livro XI. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1985. 432 p.

LAGAZZI, Suzy. **O desafio de dizer não**. Campinas: Pontes, 1988.

LAUREANO, Marcella Marjory Massolini. **A interpretação (revelar e esconder sentidos)**: articulações entre análise do discurso e psicanálise lacaniana. Pró-forma da Tese de Doutorado apresentada para o Exame de Qualificação, junto ao Programa de Pós - Graduação em Psicologia, do Departamento de Psicologia e Educação da FFCLRP. Ribeirão Preto, 2005. 138 p.

LAURENT, Eric. **Lacan y los discursos**. Buenos Aires: Manantial, 43 p.

LOS: Lei Orgânica da Saúde. **Lei Federal 8.080 (19/07/1990)**, que constitui o Sistema Único de Saúde (SUS) quando dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. (na íntegra no anexo 3).

MACHADO, Roberto. **Foucault, a filosofia e a literatura**. 2ª ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2001. 187 p.

MAESTRELLI, Alessandra Moreno. **O Interdito**: da metáfora à concretude no incesto pai - filha. Dissertação de Mestrado. Ribeirão Preto: Departamento de Psicologia e Educação. FFCLRP, 2004. 131 p.

MELO, Cardoso J. A. **Educação e Práticas Educativas**. Rio de Janeiro: Mimeo, 1991. 131 p.

MOTTA, José Inácio Jardim. **Educação Permanente em Saúde:** Da política do consenso à construção do dissenso. Dissertação de Mestrado. Rio de Janeiro: Núcleo de Tecnologia Educacional em Saúde da Universidade Federal do Rio de Janeiro, 1998. 225 p.

ORLANDI, Eni P. **Interpretação.** Autoria, leitura e efeitos do trabalho simbólico. 3ª ed. Petrópolis: Vozes, 2001. 150 p.

_____. **A linguagem e seu funcionamento:** as formas do discurso. 2ª ed.rev. e aum. Campinas: Pontes, 1987.

PAIVA, Vanilda. **Educação permanente e capitalismo tardio.** São Paulo: Cortez: autores associados, 1985. 83 p.

PÊCHEUX, Michel. **O Discurso – Estrutura ou Acontecimento.** Tradução Eni P. Orlandi. Campinas: Pontes, 1997. 68 p.

_____. **Sobre a (des) construção das teorias lingüísticas.** *In:* Cadernos de Tradução. n.º 04, 2ª ed. Porto Alegre: UFRGS, Out. 1998. Tradução: Faustino Machado da Silva. Orientação e Revisão: Elsa Maria Nitsche Ortiz e Patrícia Chittoni Ramos. (Instituto de Letras da UFRGS).

_____. **Sobre os contextos epistemológicos da Análise de Discurso.** *In:* Cadernos de Tradução. n.º 01, 2ª ed. Porto Alegre: UFRGS, Nov. 1998. Tradução: Ana Maria Dischinger Marshall e Heloisa Monteiro Rosário.

_____. **Semântica e discurso:** uma crítica à afirmação do óbvio. Trad. Eni P. Orlandi [et al.]. 3ª ed. Campinas: Editora da UNICAMP, 1997.

_____. **L' étrange miroir de l' analyse du discours.** Langages 62, 1981.

POLIGNANO, C. **História da Saúde no Brasil.** Rio de Janeiro: Brasil. Ministério da Saúde/ FIOCRUZ, 2003. 84 p.

RIBEIRO, E.C.O., MOTTA, J.I.J. **Educação Permanente como Estratégia na Reorganização dos Serviços de Saúde**. Rio de Janeiro: Saúde Para Debate. Nº. 12, Julho/1996. Pp. 39 – 44.

ROUSTANG, François. **Lacan**: do equívoco ao impasse. Trad. Roberto Cortes de Lacerda. Rio de Janeiro: Campus, 1988.

SADER, Emir. **Trabalhemos mais, trabalhemos todos**. Artigo publicado na revista eletrônica do Sindicato dos Trabalhadores. www.sindicato.com.br/artigos/220108-red-jor.htm. página eletrônica: <http://www.sindicato.com.br/artigos/220108-red-jor.htm>

TFOUNI, Leda Verdiani e PEREIRA, Anderson de Carvalho. Letramento e Formas de Resistência à Economia Escriturística. **In: Fórum Lingüístico**, Florianópolis, v.6, n.2 (67-79), jul-dez, 2009.

TFOUNI, Leda Verdiani. **Letramento e Alfabetização**. 6ª ed. São Paulo: Cortez, 2004. 104 p. (Coleção Questões da Nossa Época; v. 47).

_____. A dispersão e a deriva na constituição da autoria e suas implicações para uma teoria do letramento. **In: SIGNORINI, I. (org.). Investigando a relação oral/escrito e as teorias do letramento**. Campinas, SP: Mercado das Letras, 2001.

_____. A escrita - remédio ou veneno? **In: AZEVEDO, M.A. & MARQUES, M.L. (org.) Alfabetização hoje**. São Paulo: Cortez, 1994.

_____. **Letramento e alfabetização**. São Paulo: Cortez, 1995.

_____. **O dado como indício e a contextualização do(a) pesquisador(a) nos estudos sobre compreensão da linguagem**. D.E.L.T.A, volume 08, nº 02, 1992.

_____. **Adultos não alfabetizados**: o avesso do avesso. Campinas, S.P.: Pontes, 1988.

URBANO, Luzia A. **A privatização da saúde e a implantação do SUS**: cenários de uma cidade. Ribeirão Preto: FUNPEC Editora, 2003. 221 p.

ANEXOS

ENTREVISTA COM EX-ALUNA - ANEXO 1

Ent.: Você está dizendo que sua mãe frequenta o SUS

Antônia: Então, por exemplo, minha mãe vai lá, ela tem convênio, até que é um convênio bom, mas, mas...só... tem um limite, de coisas que autoriza, então, no caso, por exemplo, ela vai te que fazer um exame; aí cê depara com...um número de...uma quota de exame, aí pra você fazer, por exemplo, uma cintilografia, um eco, um exame mais elaborado, mais de média complexidade, você, demora por exemplo, seis meses, 1 ano, pra conseguir essa autorização, até lá, se tiver que morrer, morre, né? Então eu tô falando no caso, desse caso, mas, eu vejo assim: o paciente vem aqui, aqui tem psicóloga, fonoaudióloga, terapeuta ocupacional e psicopedagoga; eles vêm aqui tão na beirada...

Entr.: Como assim na beirada? (risos).

Antonia: De cabelo em pé, desesperada por causa de filho, por causa de marido, uma depressão terrível, tão, assim, na beirada do precipício, eles chegam aqui (es)tão desesperado, então, desabam aqui pra nós, nós, ce vê, eu sou escrituraria, mas, eu falo que isso aqui, a gente é um pouco psicóloga, porque você tem que fazer um acolhimento, super assim, humanizado, super humano com o paciente, receber super bem, tenta erguer a auto-estima dele, incutir a idéia de Deus, vai ajudar, a gente faz de tudo, faz o jogo de cintura, assim, né? aí a pessoa conversa, ela num, ela num, nós, nós num somos assim o psicólogo que eles tão querendo, um médico, um psicólogo, apenas, os que agita aqui, o que ta acolhendo, se não tiver esse acolhimento bem humanizado, o paciente sai daqui pior do que ele entrou, então, por exemplo, o paciente chega pra marcar, eu só tenho psicóloga pra marcar pra Agosto, a pessoa ta mal, ela não vai agüentar esperar até Agosto; a gente conversa: tenha calma, tenha fé, procura Deus, vai pensando, e não sei o que, e vai, vai, vai: ó eu vou te ligar assim que surgir uma vaga; porque quando, alguém falta a gente liga, às vezes o paciente cancela com antecedência a gente encaixa, a pessoa até chora aqui, pelo menos ela vai embora um pouco melhor do que entrou, porque quando elas vêm elas falam pra gente: Nossa aquele dia eu tava a fim de me matar, mas, você atendeu a gente tão bem , tanto eu como a outra pessoa que ta aqui comigo, que eu saí daqui mais aliviada. A gente fala: gente, a gente também tem problema, não é só vocês, eles falam ah, mas, vocês falam porque cês não tão sabendo o

que eu tô passando, aí a gente conta algum relato, alguma coisa que a gente tá sabendo, a pessoa sai daqui mais fortalecida. Se não tiver esse atendimento, a pessoa vai embora e vai fazer besteira lá; é igual no caso do médico, no caso do exame, então que que acontece no caso do exame? no caso de um exame, às vezes não tem vaga, a pessoa chega e é atendida assim: não num tem esse profissional aqui; não explica por que, não oferece alternativa: olha eu tenho um clínico geral aqui que vai resolver parte do seu problema. Então, falta muito essa parte de, um atendimento...o primeiro atendimento na unidade que é o funcionário baixo lá, ó, é o atendente, os serviços diversos, o final é o médico, mas, se ele for bem atendido aqui, ele chega lá já com quase, 50% do caso resolvido, porque qual é o problema do paciente do SUS? é pobre, não tem dinheiro pra pagar nada, é carente, se sente marginalizado por tudo eles acham que o SUS é o fim da linha, eles acham: SUS é o fim da linha. (Antonia faz uma pausa para atender ao telefone) e depois, retoma a conversa comigo:

Então, aí que é isso, a pessoa tá no fim da linha...

Ent.: independente do problema de saúde você acha que a pessoa...

Antonia: é, independente do problema de saúde ela...(faz outra pausa para atender ao telefone novamente), então, eu acho assim, a pessoa vem com tudo isso, mas, o que mais tá influenciando essa doença dela, igual cê falou: a diabete, a depressão, a dor de cabeça a pressão alta é a parte financeira, a parte emocional, a a parte de família que ta muito bagunçada; a gente ta vendo isso aqui na nossa área; porque antes eu trabalhava com médico, agora é com psicólogo, essa parte aí, então, ce vê que, 90% dos casos, é a família que não tá estruturada, por droga ou por alcoolismo, pode ser, por marido e muié que separa, tudo isso, por tudo! Então, o desemprego, então, o que que ta valendo muito mais é a parte social, a parte emocional que leva todo mundo pro médico; então eu sempre falo, falava assim, conversava com os médicos, e falava assim: conversava com os psiquiatras, os neurologistas e falava: gente em vez de cêis fica contratando, esses prefeitos ficarem contratando 10 é clínico geral, 10 psiquiatras, 10 não sei o que, contrata 10 psicólogos, eles vão ouvir as pessoas, vai orientar: o que as pessoas têm? Tem necessidade de alguém pra desabafar, pra pra ouvir hoje, família num ouve ninguém, amigo não ouve ninguém, não é? É tudo uma parte que ta...eu sou muito...tradicionalista, segundo meus filhos, meu marido,: aí você é muito tradicionalista, ce é muito...bitolada nas coisas antigas, gente, era ótimo antes, não é eu sou antiga, mas, ce vê, a família era unida, não era? Era raras as pessoas que tinham pressão alta, que tinha stress, que tinha depressão, hoje é muito, mas perdeu todo esse

vínculo, então, se a gente aqui no atendimento não ti, tentar criar um vínculo com o paciente a hora que ele chega, ele não vai terminar bem lá também; então, a base do SUS é o primeiro atendimento da unidade.

Entr.: O que você acha que precisa, porque você faz esse trabalho, mas, me parece que é uma coisa sua?

Antonia: É um, sou eu, eu tenho uma coisa, que

Entr.: então, me dá a impressão de que é pessoal

Antonia: então, porque eu tenho esse envolvimento, eu entrei eu abracei minha profissão, eu gosto do que eu faço, eu trabalho com amor, eu to lá em casa eu to pensando aqui, eu to pensando em pensando me aposentar eu to, eu posso, mas, eu to pensando porque eu vou ter que deixa e isso faz bem pra mim, eu to tentando ajudar os outros, me faz bem também, é uma maneira de eu ter um retorno, né? É a...como é que fala? É o, é o minha consciência tranqüila; tem gente, eu já ouvi colegas aqui do serviço e de outros lugares: 'eu trabalho pelo meu holerite' cê pensa é falta de envolvimento, não ta nem aí se a pessoa vai sair daqui e vai se matar, vai morrer de enfarte, de derrame, do que for, sabe? Ele, ele quer saber de no final do mês chega o holerite dele e recebe; não tem esse envolvimento, o que eu vou fazer?

Entr.: Você acha que isso prejudica a qualidade do serviço que ele presta?

Antonia: exatamente, prejudica e muito, por exemplo, nós como funcionário, o médico, por exemplo, a gente tem aqui, ah, profissionais, cê vê o envolvimento deles e o retorno dos pacientes; aquele que quase não se envolve com os pacientes, que é mais frio, que é na dele e tal, ele não tem quase retorno, abandona o tratamento, não tem retorno nenhum, não melhora; aquele que cê vê que o profissional se dedica e, e vai com amor e liga e dá retorno, tudo, ele, a pessoa tem retorno, a pessoa, chega agradece, tem alta depois, passa aí e : aí eu queria ver minha psicóloga, eu queria ver minha T.O., eu queria ver minha fono, nossa que bom a época que eu vim aqui foi tão bom pra mim, isso aí não é gratificante? Então, cê vê que o SUS funciona sim, funciona, mas, não funciona 100% por quê? Por falta de envolvimento dos próprios profissionais. Tem médico, que atende o paciente com o maior carinho e ganha aqueles 1500, 2000 igual todo mundo e tem uns que a pessoa entra, a receita já ta pronta ele vê que o, o paciente vê que ele nem olha no olho do paciente, não é? Então, eu acho que é isso que eles falam, não é o próprio sistema, ah, o exame ta demorando, só que a consulta foi bem feita, ele foi orientado: ó cê tem um colesterol alto, cê tem que fazer um eletro, ce tem que fazer uma cintilografia, sei lá o que que é, uma esteira, alguma coisa que vai

demorar, mas, melhora sua qualidade de vida, muda sua alimentação, faz uma caminhada, vai orientando, tem toda essa orientação, não tem? Por exemplo, pra diminuir a, o diabete, pra diminuir o colesterol, olha o senhor tem o diabetes emocional? Vou te encaminhar pro psicólogo, você vai tentar se controlar, você vai...sabe? Agora não ele entra: ó colesterol alto, pá! Não orienta nada, porque? Ele qué atende em meio minuto, em 30 minutos atende os 16 e vaza, porque a obrigação dele é atende os 16; se o paciente vai morrer ou não ele não tem esse comprometimento.

Entr.: Você acha que isso a quê? Porque a questão é pessoal, então, não temos saída? Capacitações, não tem recurso?

Antonia: Olha, é, é tem ns, n capacitações aí, e ce vê que são sempre as mesmas pessoas que se envolvem, não é? É 1% que se envolve e o restante não ta nem aí, ele vai porque vai sair da unidade um dia, vai lá passear, ouve, não ouve, escuta né? Bate e sai, bate na orelha e sai não atravessa, não entra no cérebro, não atinge o coração, não é? Eu acho que é por aí; os médicos, eu acho que eles tinham que trabalhar não, eles trabalham muito pelo dinheiro, por exemplo, eles entram numa prefeitura pela aposentadoria que vai ser mais um dinheirinho na aposentadoria deles que no particular se eles não pagar um x eles vão ter um teto e não, prefeitura, não, eles vão aposentar com aquele x, se eles aguentarem 30, 35 anos de SUS, fazendo meia horinha todo dia correndo, somente pensando na aposentadoria dele, é isso que você escuta dos médicos, eles mesmos que falam, então, pra que que ele vai ficar lá, perder, fala pro paciente se não interessa aquele paciente; eu conheço médico que é muito humano, raros, mas eu conheço; conheço que eu trabalhei que ele ficava na unidade da uma às cinco, cinco e meia, fechava às cinco a unidade, era cinco e vinte, cinco e meia a gente: doutor, vão embora, doutor, e ele lá conversando, ele é adorado pelos pacientes, ele é super humano, paciente ta no meio da rua, ele consegue: oi doutor; vai falar, ele tira, ele tem o receituário no bolso, ele receita, ele consulta, ele, não, vai lá na minha casa, e é assim, e ele é super humano, é raro, também não precisa exagerar, atende no meio da rua, eu falo pra ele, né? Mas, ele fala: Antonia eu sou assim, eu não consigo, eu me coloco no lugar daquela pessoa, não é? É raro...Eles não se colocam no lugar do paciente, por exemplo, tem uma senhora aí na frente, ó poderia ser minha mãe, poderia ser meu pai que tava aqui, você atender um pouquinho mais legal, né?, não eles não tão nem aí.

ANEXO 2

Os seguintes anexos contêm, digitados na íntegra, os programas de estudos dos 16 alunos do curso de Formação de Facilitadores em Educação Permanente dos quais, 13 concluíram o curso.

1. Fomentar os processos de Educação Permanente

- Práticas Educativas no Cotidiano do Trabalho em Saúde

Práticas Educativas Vivenciadas

Ação Educativa no Trabalho

5 horas/por semana

Aprendizagem Significativa no Trabalho

*Assim posso compreender no processo de educação continuada, que já desenvolvemos, como conduzi-lo ao processo de Educação Permanente.

2. Potencializar a Organização da Cadeia de Cuidados.

- Análise do Contexto da Gestão e das Práticas de Saúde.

Saúde

Doença

Cuidado

5 horas/ por semana

Desenhos Organizativos da Atenção à Saúde

Informação

Planejamento

Avaliação

*Afinidade com o tema.

3. Fomentar o Desenvolvimento da Capacidade Avaliativa

Trabalho e Produção em Saúde

Processo de Trabalho em Saúde

Produção de Subjetividade

5 horas/por semana

O ato de cuidar

*Conduzir o conhecimento adquirido nas Unidades anteriores e o que já estiver sendo colocado na prática ao avanço ou replanejamento se for o caso.

Roteiro 2

Roteiro de estudo do curso de formação de Facilitadores de Educação Permanente em Saúde.

Nome: M. C. C. (Facilitador)

Alessandra Moreno Maestrelli (Tutor)

PEP Noroeste Paulista - SP Data 20/04/05

1- Unidade de Aprendizagem Práticas Educativas no Cotidiano do Trabalho em Saúde

Tempo de estudo: 01/05 à 30/05

Objetivo: Sensibilizar os membros da nossa equipe para práticas Educativas em Saúde.

2- Unidade de Aprendizagem Trabalho e Relações na Produção do Cuidado

Tempo de estudo: 01/06 à 30/07

Objetivo: Motivar os membros da equipe p/ análise e críticas do trabalho e relações na produção do cuidado.

3- Unidade de Aprendizagem Análise do contexto da gestão e das práticas de saúde

Tempo de estudo: Agosto e Setembro/2005 Após segundo encontro do PEP.

Objetivo: Discutir e problematizar as práticas de atenção à saúde e gestão.

Roteiro 3

E. A. C. A.

1. Verde – Análise do Contexto da Gestão e das Práticas de Saúde.

Prazo – 2 meses – 2ª à 6ª feira – 2 horas/dia

- Estudo e análise do material fornecido durante o curso.
- Exposição ao tutor das dúvidas e ansiedades.
- Análise do meu trabalho dentro da Unidade de Saúde.

2. Azul – Práticas Educativas no Cotidiano do Trabalho em Saúde.

Prazo – 2 meses – 2ª à 6ª feira – 6 horas/dia

- A partir da Análise do trabalho realizado rotineiramente, no dia a dia, refletir, sensibilizar e aplicar mudanças (encontradas e discutidas pela equipe), com o intuito de aplicar integralmente o método de estudo.

3. Amarelo – Trabalho e Produção do Cuidado em Saúde.

Prazo 1 mês – 2ª à 6ª feira – 2 horas/dia

Baseando na análise do contexto e nas práticas educativas inseridas no cotidiano, trocar experiências com os colegas do grupo e tutor.

Roteiro 4

Curso de Formação de Facilitadores de Educação Permanente.

J. V. A.

Serra Negra, 20/04/05

Roteiro de Estudo

Trabalho e Produção do Cuidado em Saúde

- 30 minutos diários, 2ª a Sábado
- 3 horas e meia semanal
- aproximadamente 1 mês e meio

Práticas Educativas no Cotidiano do Trabalho em Saúde

- 30 minutos diários 2ª a Sábado
- aproximadamente 3 horas semanal

- Prazo aproximado 1 mês e meio

Análise do Contexto da Gestão e das Práticas de Saúde

- 30 minutos diários 2ª a Sábado

- 3 horas semanal

- Aproximadamente dois meses.

Justificativa

Devido a deficiência no atendimento na unidade, em todos os setores, procurando assim de maneira minuciosa sensibilizar as pessoas de modo que automaticamente elas possa estar melhorando a sua posição quanto ao atendimento, e que no decorrer do curso possamos estar fechando a roda e permanecer na Educação Permanente, com o objetivo de melhorias para a unidade, ou seja, para os usuários.

Roteiro 5

Curso de Formação de Facilitadores de Educação Permanente em Saúde –

Facilitadora: D. A. M.

Plano de Estudo

1ª Unidade de Aprendizagem:

Práticas Educativas no Cotidiano do Trabalho em Saúde

2ª Unidade de Aprendizagem:

Trabalho e Relações na Produção do Cuidado

3ª Unidade de Aprendizagem:

Análise do Contexto da Gestão e das Práticas de Saúde.

Atuação: Como coordenadora do Curso de Enfermagem do CUV e representante dos coordenadores no Conselho Superior da Instituição, terei facilidade de marcar encontros (ordinários ou extraordinários) para discutir o PEP (Pólo de Educação Permanente) no Centro Universitário e o papel como facilitador que irei desempenhar será primeiramente na condução dessas reuniões, na intensificação da capacitação docente do “meu” curso e dos demais docentes, sugerindo à Reitoria a necessidade da capacitação docente esclarecendo ainda mais a metodologia proposta.

Rever as metodologias dos Planos de Ensino do Curso e sugerir aos colegas Coordenadores que o façam para garantir a transformação das práticas.

Na minha experiência, compreendo que é um processo a médio e longo prazo e que mudança de práticas educativas não se faz em uma reunião, ela é construída. É atualmente o “nó” da Educação.

No Centro Universitário, em algumas disciplinas de Saúde, já está sendo utilizado essa lógica de trabalho, As parcerias já estão negociadas e os alunos já problematizam “o modo de ser e fazer” saúde no município e outras esferas. Esse trabalho será intensificado, documentado e divulgado como exemplo dessa prática.

O caminho escolhido para meu estudo justifica-se na necessidade de expandir essa prática, em todos ou quase todos os conteúdos ministrados. A leitura dos outros temas não será problema para a equipe porque muitos já possui em maior ou menor clareza esse conhecimento.

Irei começar com essa Unidade porque no 2º encontro (presencial) terei oportunidade de trocar experiências e reconstruir e desconstruir outros conhecimentos.

Após essa sensibilização, considerando minha formação, me certifico ainda mais que o “modo de fazer”, a prática, deve ser transformada para conseguirmos avançar p/ outros planos, outras idéias, outras teorizações, senão, não conseguiremos enxergar além dos nossos limites e imposições cotidianas.

Roteiro 6

G. R. P. – S. J. Rio Preto

Roteiro de Estudo

Considerando o contexto locorregional de S. J. Rio Preto que avança no desafio de uma mudança no modelo de assistência, onde participando do projeto PROESF, do Ministério da Saúde, se compromete a ter até o ano de 2009, 75% da população do município coberta pela estratégia da saúde da família e considerando que como funcionária da SMSH, hoje exercendo a função de coordenadora técnica de Saúde bucal, com participação ativa no núcleo de educação da SMSH como monitora de vários processos educativos dentro da metodologia problematizadora (GERUS, capacitação de ACD, capacitação de recepção e outros) e com alguma experiência em gerenciamento de UBS, me proponho a iniciar meu processo de capacitação como facilitadora do PEP pelo módulo:

“Trabalho e relações na produção do cuidado em Saúde”, onde os momentos de dispersão serão voltadas para as unidades que este ano passarão pela transformação de UBS para USF, talvez focando um pouco mais para a área da saúde bucal. Dispondo de ~4 hs semanais para me dedicar a este trabalho que ao final de 5 meses resultarão em 80 hs, pretendo utilizar 30 hs para o 1º módulo, até mesmo para me apropriar do método de estudo e 25 hs para a outra unidade; podendo este tempo de trabalho ser ampliado, se for necessário.

Serra Negra, 17 à 20 de abril de 2005.

Roteiro 7

Plano de Estudo

Referente à análise do contexto da Gestão e das Práticas da Saúde.

Levar ao órgão que estou representado as informações aqui estudadas e aplicadas para os membros de outros segmentos.

Mais estarei começando pelo C.M.S. que tenho mais conhecimento de seus membros.

Esperando pela quantidade de representante de bairros e membros do poder público.

Será um meio mais fácil de levar e aplicar o sistema. E dividir em grupos ou comissão.

Esperando que por em ação um tempo de 4 meses.

Roteiro 8

Plano de Estudo

Roteiro

1ª Unidade – Análise do Contexto da gestão e das Práticas de Saúde.

Tempo de Duração: 2 meses.

Ampliar o conhecimento, buscando uma melhor compreensão da unidade de trabalho; visando entendê-la numa totalidade, para focar melhor os nós existentes. Fortalecer-me.

2ª Unidade – Trabalho e Produção do Cuidado em Saúde:

Tempo de Duração: 1 mês e meio.

Para conhecer através das situações práticas (casos) as relações individuais e sociais do cuidado em saúde.

3ª Unidade: Práticas Educativas no Cotidiano em Saúde.

Tempo Duração: 1 mês e meio.

Partindo das vivências do cotidiano conseguir no ambiente de trabalho o enfrentamento de problemas.

Roteiro 9

Plano de Estudos do Curso de Formação de Facilitadores de Educação Permanente em Saúde

Roteiro

1 – Unidade de aprendizagem

Análise de contexto da gestão e das práticas de saúde.

Período de aprendizado: 7 semanas.

2 – Unidade de Aprendizagem

Trabalho e relações na produção do cuidado.

Período de aprendizagem : 5 semanas.

3 – Unidade de Aprendizagem

Práticas Educativas no Cotidiano do Trabalho em Saúde.

Período de aprendizado: 4 semanas.

Justificativa:

Este roteiro foi escolhido, pois os nós que serão trabalhados estão justamente relacionados a Gestão e a assistência integral e controle social.

F. R. S.

Roteiro 10

Plano de Estudo

- C. F. S. P.

- Roteiro: Análise do Contexto da Gestão e das Práticas de Saúde.

Tempo - 2 meses

Porque? – Para ampliar meus conhecimentos no contexto da gestão e prática do sistema.

- Trabalho e produção do cuidado em saúde.

Tempo – 45 dias

Porque? – Para conhecer melhor as relações individuais e sociais que interferem no cuidado a saúde.

- Práticas educativas no cotidiano do trabalho em saúde.

Tempo – 45 dias

Porque? – Já me sentirei um pouco mais capacitada para colocar na ação todo aprendizado.

Roteiro 11

Roteiro de Estudo – Curso de Formação de Facilitadores de Educação Permanente em Saúde.

PEP: Noroeste Paulista – Tutor: Alessandra Moreno maestrelli

Nome Facilitador: C. M. S. P. Data: 20/05/05

Ordem

1º U.A. – Práticas Educativas no Cotidiano do Trabalho em Saúde.

Tempo de Estudo 01/05/05 a 30/05/05

Objetivo

- Sensibilizar os membros da nossa equipe para Práticas Educativas em Saúde.

2º U.A. – Trabalho e Relações na Produção do Cuidado

Tempo de Estudo 01/06/05 a 30/07/05

Objetivo

- Motivar os membros da equipe para Análise e Crítica, do trabalho e Relações, na produção do Cuidado.

3º U.A. – Análise do Contexto da Gestão e das Práticas de Saúde

Tempo de Estudo Agosto/05 (após 2º encontro do PEP) e Setembro/05

- Discutir e problematizar as Práticas de Atenção à Saúde e Gestão.

Roteiro12

Plano de Estudo

Formação de Facilitadores de Educação Permanente em Saúde.

1ª Unidade:

Análise de contexto da Gestão e das Práticas de Saúde.

Duração: 45 dias.

Escolhi está como primeira unidade por estar envolvida na área da gestão, irá me auxiliar no trabalho do dia a dia.

2ª Unidade:

Trabalho e Produção do Cuidado em Saúde.

Duração – 45 dias

Este tema é rotina na Unidade Básica de Saúde.

3ª Unidade:

Práticas Educativas no Cotidiano do Trabalho em Saúde.

Duração – 45 dias.

M. I.V.A.

General Salgado

Roteiro 13

M. C. M. Q. C.

1- Análise do Contexto de Gestão e das Práticas de Saúde

- prazo 2 meses

- de 2ª f a 6ª f – 1 hora por dia

2- Práticas Educativas no Cotidiano do Trabalho em Saúde.

- prazo 1 mês

- de 2ª f a 6ª f – 1 hora por dia.

3- Trabalho e Produção do Cuidado em Saúde

- prazo 1 mês

- de 2ª f a 6ª f – 1 hora por dia.

Justificativa

1 – Adquirir informação e planejar as ações dentro do contexto

2 – Entender e aplicar as práticas no ambiente de trabalho, disseminando a ação educativa.

3 – Rever os conceitos e processos já existentes.

Roteiro 14

G.M.S.

Plano de Estudo em Educação Permanente em Saúde

Azul – Práticas Educativas no Cotidiano do trabalho em Saúde

2 meses dedicando 1 hora de estudo por dia de segunda a sexta.

Amarelo – trabalho e relações na produção do cuidado em saúde

2 meses dedicando 1 hora de estudo por dia de segunda a sexta.

Verde – Análise do contexto da Gestão e das Práticas de Saúde

1 mês dedicando 1 hora ou mais de estudo por dia de segunda a sexta.

Um dos aspectos que é mais problemático em minha unidade é a falta de humanização do atendimento básico de saúde, com este estudo, espero adquirir conhecimentos para atuar de forma a superar este problema.

Assim dando seqüência ao estudo pretendo de maneira simples e objetiva empregar este ensino da forma que for aprendendo.

Roteiro 15

= Plano de Estudos do Curso de Formação de Facilitadores de Educação Perm. Em Saúde =

1= Roteiro/ Unidades:

A- Unidade 01 = “Análise do Contexto da Gestão e das Práticas de Saúde”.

= Prazo de Aprendizado: 45 dias

B- Unidade 02 = “Trabalho e Produção do Cuidado em Saúde”

= Prazo de Aprendizado = 45 dias

C- Unidade 03 = “Práticas Educativas no Cotidiano do Trabalhador em Saúde”

= Prazo de Aprendizado = 45 dias.

2 = OBS:- Optamos pela segmento, digo, seqüência acima, tendo em vista querermos ter uma visão melhor dos órgãos envolvidos na Gestão de Saúde.

20/Abril/2005

J. G. M.

Nhandeara

M. R. S.

Planejamento:

- tempo de dedicação previsto: 5 horas/semana.

- Abril e maio/05:
Desenvolvimento da Unidade 3 – Trabalho e Relação na Produção do Cuidado em Saúde
- Junho e julho/05:
Desenvolvimento da Unidade 2 – Análise do Contexto da Gestão e das Práticas de Saúde
- Agosto e setembro/05:
Desenvolvimento da Unidade 1 – Práticas Educativas no Cotidiano do Trabalho em Saúde

Justificativa:

Faço parte de uma equipe recém-formada, do Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CRST), de abrangência regional e Atual/e estamos em fase de organização do processo de trabalho. Este processo tem como base estruturante, a intersetorialidade e a interdisciplinaridade.

A articulação do CRST com os diversos parceiros (controle social, representantes dos trabalhadores, (sindicatos), Ministério Público, INSS, universidades, entre outros) é condição essencial para o planejamento, desenvolvimento e avaliação das ações. Já iniciamos este movimento construindo projetos de Vigilância à Saúde dos trabalhadores com alguns parceiros.

A escolha da Unidade 3 para iniciar a capacitação, a meu ver, neste momento, acredito que permitirá a ampliação do olhar (meu e da equipe - pois pretendo compartilhar a construção na compreensão das subjetividades que operam nos ambientes de trabalho e nas relações entre trabalhadores da saúde e: outros trabalhadores; e representantes de trabalhadores; controle social; outros parceiros. De forma a instrumentalizar a equipe do CRST neste processo e no alcance dos objetivos.

LEI Nº 8.080 DE 19 DE SETEMBRO DE 1990. ANEXO 3

Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.

O Presidente da República, faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte lei:

Disposição Preliminar

Art. 1º - Esta Lei regula, em todo o território nacional, as ações e serviços de saúde, executados, isolada ou conjuntamente, em caráter permanente ou eventual, por pessoas naturais ou jurídicas de direito público ou privado.

TÍTULO I

Das Disposições Gerais

Art. 2º - A saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício.

§ 1º - O dever do Estado de garantir a saúde consiste na reformulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação.

§ 2º - O dever do Estado não exclui o das pessoas, da família, das empresas e da sociedade.

Art. 3º - A saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do País.

Parágrafo Único. Dizem respeito também à saúde as ações que, por força do disposto no artigo anterior, se destinam a garantir às pessoas e à coletividade condições de bem-estar físico, mental e social.

TÍTULO II

Do Sistema Único de Saúde

Disposição Preliminar

Art. 4º - O conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público, constitui o Sistema Único de Saúde-SUS.

§ 1º - Estão incluídas no disposto neste artigo as instituições públicas federais, estaduais e municipais de controle de qualidade, pesquisa e produção de insumos, medicamentos inclusive de sangue e hemoderivados, e de equipamentos para a saúde.

§ 2º - A iniciativa privada poderá participar do Sistema Único de Saúde-SUS, em caráter complementar.

CAPÍTULO I

Dos Objetivos e Atribuições

Art. 5º - Dos objetivos do Sistema Único de Saúde-SUS :

I - a identificação e divulgação dos fatores condicionantes e determinantes da saúde;

II - a formulação de política de saúde destinada a promover, nos campos econômico e social, a observância do disposto no §1º do artigo 2º desta Lei;

III - a assistência às pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com a realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas.

Art. 6º Estão incluídas ainda no campo de atuação do Sistema Único de Saúde-SUS:

I - a execução de ações:

- a) de vigilância sanitária;
- b) de vigilância epidemiológica;
- c) de saúde do trabalhador; e
- d) de assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica.

II - a participação na formulação da política e na execução de ações de saneamento básico;

III - a ordenação da formação de recursos humanos na área de saúde;

IV - a vigilância nutricional e orientação alimentar;

V - a colaboração na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho;

VI - a formulação da política de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos e outros insumos de interesse para a saúde e a participação na sua produção;

VII - o controle e a fiscalização de serviços, produtos e substâncias de interesse para a saúde;

VIII - a fiscalização e a inspeção de alimentos, água e bebidas, para consumo humano;

IX - participação no controle e na fiscalização da produção, transporte, guarda e utilização de substâncias e produtos psicoativos, tóxicos e radioativos;

X - o incremento, em sua área de atuação, do desenvolvimento científico e tecnológico;
XI - a formulação e execução da política de sangue e seus derivados.

§ 1º - Entende-se por vigilância sanitária um conjunto de ações capaz de eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde e de intervir nos problemas sanitários decorrentes do meio ambiente, da produção e circulação de bens e da prestação de serviços de interesse da saúde, abrangendo:

I - o controle de bens de consumo que, direta ou indiretamente, se relacionem com a saúde, compreendidas todas as etapas e processos, da produção ao consumo; e

II - o controle da prestação de serviços que se relacionam direta ou indiretamente com a saúde.

§ 2º - Entende-se por vigilância epidemiológica um conjunto de ações que proporcionam o conhecimento, a detecção ou prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes de saúde individual ou coletiva, com a finalidade de recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle das doenças ou agravos.

§ 3º - Entende-se por saúde do trabalhador, para fins desta lei, um conjunto de atividades que se destina, através das ações de vigilância epidemiológica e vigilância sanitária, à promoção e proteção da saúde dos trabalhadores, assim como visa a recuperação e a reabilitação da saúde dos trabalhadores submetidos aos riscos e agravos advindos das condições de trabalho, abrangendo:

I - assistência ao trabalhador vítima de acidente de trabalho ou portador de doença profissional e do trabalho;

II - participação, no âmbito de competência do Sistema Único de Saúde-SUS, em estudos, pesquisas, avaliação e controle dos riscos e agravos potenciais à saúde existentes no processo de trabalho;

III - participação, no âmbito de competência do Sistema Único de Saúde - SUS, da normatização, fiscalização e controle das condições de produção, extração, armazenamento, transporte, distribuição e manuseio de substâncias, de produtos, de máquinas e de equipamentos que apresentem riscos à saúde do trabalhador;

IV - avaliação do impacto que as tecnologias provocam à saúde;

V - informação ao trabalhador e à sua respectiva entidade sindical e a empresas sobre os riscos de acidente de trabalho, doença profissional e do trabalho, bem como os resultados de fiscalizações, avaliações ambientais e exames de saúde, de admissão, periódicos e de demissão, respeitados os preceitos da ética profissional;

VI - participação na normatização, fiscalização e controle dos serviços de saúde do trabalhador nas instituições e empresas públicas e privadas;

VII - revisão periódica da listagem oficial de doenças originadas no processo de trabalho, tendo na sua elaboração, a colaboração das entidades sindicais; e

VIII - a garantia ao sindicato dos trabalhadores de requerer ao órgão competente a interdição de máquina, de setor de serviço ou de todo o ambiente de trabalho, quando houver exposição a risco iminente para a vida ou saúde dos trabalhadores.

CAPÍTULO II

Dos Princípios e Diretrizes

Art. 7º As ações e serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados que integram o Sistema Único de Saúde - SUS são desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas no artigo 198 da Constituição Federal, obedecendo ainda aos seguintes princípios:

I - universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência;

II - integralidade de assistência, entendida como um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema;

III - preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral;

IV - igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie;

V - direito à informação, às pessoas assistidas, sobre sua saúde;

VI - divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e sua utilização pelo usuário;

VII - utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática;

VIII - participação da comunidade;

IX - descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo:

a) ênfase na descentralização dos serviços para os municípios;

b) regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde;

X - integração, em nível executivo, das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico; XI - conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, na prestação de serviços de assistência à saúde da população;

XII - capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência; e

XIII - organização dos serviços públicos de modo a evitar duplicidade de meios para fins idênticos.

CAPÍTULO III

Da Organização, da Direção e da Gestão

Art. 8º - As ações e serviços de saúde, executados pelo Sistema Único de Saúde-SUS, seja diretamente ou mediante participação complementar da iniciativa privada, serão organizados de forma regionalizada e hierarquizada em níveis de complexidade crescente.

Art. 9º - A direção do Sistema Único de Saúde-SUS é única, de acordo com o inciso I do artigo 198 da Constituição Federal, sendo exercida em cada esfera de governo pelos seguintes órgãos:

I - no âmbito da União, pelo Ministério da Saúde;

II - no âmbito dos Estados e do Distrito Federal, pela respectiva secretaria de saúde ou órgão equivalente; e

III - no âmbito dos Municípios, pela respectiva secretaria de saúde ou órgão equivalente.

Art. 10º - Os Municípios poderão constituir consórcios para desenvolver, em conjunto, as ações e os serviços de saúde que lhes correspondam.

§ 1º - Aplica-se aos consórcios administrativos intermunicipais o princípio da direção única e os respectivos atos constitutivos disporão sobre sua observância.

§ 2º - No nível municipal, o Sistema Único de Saúde-SUS poderá organizar-se em distritos de forma a integrar e articular recursos, técnicas e práticas voltadas para a cobertura total das ações de saúde.

Art. 11º (VETADO)

Art. 12º - Serão criadas comissões intersetoriais de âmbito nacional, subordinadas ao Conselho Nacional de Saúde, integradas pelos ministérios e órgãos competentes e por entidades representativas da sociedade civil.

Parágrafo único - As comissões intersetoriais terão a finalidade de articular políticas e programas de interesse para a saúde, cuja execução envolva áreas não compreendidas no âmbito do Sistema Único de Saúde-SUS.

Art. 13º - A articulação das políticas e programas, a cargo das comissões intersetoriais, abrangerá, em especial, as seguintes atividades:

I - alimentação e nutrição;

II - saneamento e meio ambiente;

III - Vigilância Sanitária e farmacoepidemiologia;

IV - recursos humanos;

V - ciência e tecnologia; e

VI - saúde do trabalhador.

Art. 14. Deverão ser criadas comissões permanentes de integração entre os serviços de saúde e as instituições de ensino profissional e superior.

Parágrafo único - Cada uma dessas comissões terá por finalidade propor prioridades, métodos e estratégias para a formação e educação continuada dos recursos humanos do Sistema Único de Saúde-SUS, na esfera correspondente, assim como em relação à pesquisa e à cooperação técnica entre essas instituições.

CAPÍTULO IV

Da Competência e das Atribuições

SEÇÃO I

das Atribuições Comuns

Art. 15º A União, os estados, o Distrito Federal e os municípios exercerão, em seu âmbito administrativo, as seguintes atribuições:

I - definição das instâncias e mecanismos de controle, avaliação e fiscalização das ações e serviços de saúde;

II - administração dos recursos orçamentários e financeiros destinados, em cada ano, à saúde;

III - acompanhamento, avaliação e divulgação do nível de saúde da população e das condições ambientais;

IV - organização e coordenação do sistema de informação em saúde;

V - elaboração de normas técnicas e estabelecimento de padrões de qualidade e parâmetros de custos que caracterizam a assistência à saúde;

VI - elaboração de normas técnicas e estabelecimento de padrões de qualidade para promoção da saúde do trabalhador;

VII - participação de formulação da política e da execução das ações de saneamento básico e colaboração na proteção e recuperação do meio ambiente;

VIII - elaboração e atualização periódica do plano de saúde;

IX - participação na formulação e na execução da política de formação e desenvolvimento de recursos humanos para a saúde;

X - elaboração da proposta orçamentária do Sistema Único de Saúde-SUS, de conformidade com o plano de saúde;

XI - elaboração de normas para regular as atividades de serviços privados de saúde, tendo em vista a sua relevância pública;

XII - realização de operações externas de natureza financeira de interesse da saúde, autorizadas pelo Senado Federal;

XIII - para atendimento de necessidades coletivas, urgentes e transitórias, decorrentes de situações de perigo iminente, de calamidade pública ou de irrupção de epidemias, a autoridade competente da esfera administrativa correspondente poderá requisitar bens e serviços, tanto de pessoas naturais como jurídicas, sendo-lhes assegurada justa indenização;

XIV - implementar o Sistema Nacional de Sangue, Componentes e Derivados;

XV - propor a celebração de convênios, acordos e protocolos internacionais relativos a saúde, saneamento e o meio ambiente;

XVI - elaborar normas técnico-científicas de promoção, proteção e recuperação da saúde;

XVII - promover articulação com os órgãos de fiscalização do exercício profissional, e outras entidades representativas da sociedade civil, para a definição e controle dos padrões éticos para a pesquisa, ações e serviços de saúde;

XVIII - promover a articulação da política e dos planos de saúde;

XIX - realizar pesquisas e estudos na área de saúde;

XX - definir as instâncias e mecanismos de controle e fiscalização inerentes ao poder da política sanitária;

XXI - fomentar, coordenar e executar programas e projetos estratégicos e de atendimento emergencial.

SEÇÃO II

Da Competência

Art. 16. À direção nacional do Sistema Único de Saúde-SUS compete:

I - formular, avaliar e apoiar políticas de alimentação e nutrição;

II - participar na formulação e na implementação das políticas:

- a) de controle das agressões ao meio ambiente;
- b) de saneamento básico; e
- c) relativas às condições e aos ambientes de trabalho;

III - definir e coordenar os sistemas:

- a) de redes integradas de assistência de alta complexidade;
- b) de rede de laboratórios de saúde pública;
- c) de vigilância epidemiológica; e
- d) de vigilância sanitária.

IV - participar da definição de normas e mecanismos de controle, com órgãos afins, de agravos sobre o meio ambiente, ou deles decorrentes, que tenham repercussão na saúde humana;

V - participar da definição de normas, critérios e padrões para controle das condições e dos ambientes de trabalho e coordenar a política de saúde do trabalhador;

- VI - coordenar e participar na execução das ações de vigilância epidemiológica;
- VII - estabelecer normas e executar a vigilância sanitária de portos, aeroportos e fronteiras, podendo a execução ser complementada pelos Estados, Distrito Federal e Municípios;
- VIII - estabelecer critérios, parâmetros e métodos para o controle da qualidade sanitária de produtos, substâncias e serviços de consumo e uso humano;
- IX - promover a articulação com os órgãos educacionais e de fiscalização do exercício profissional, bem como com entidades representativas de formação de recursos humanos na área de saúde;
- X - formular, avaliar, elaborar normas e participar na execução da política nacional e produção de insumos e equipamentos para a saúde, em articulação com os demais órgãos governamentais;
- XI - identificar os serviços estaduais e municipais de referência nacional para o estabelecimento de padrões técnicos de assistência à saúde;
- XII - controlar e fiscalizar procedimentos, produtos e substâncias de interesse para a saúde;
- XIII - prestar cooperação técnica e financeira aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios para o aperfeiçoamento da sua atuação institucional.
- XIV - elaborar normas para regular as relações entre o Sistema Único de Saúde-SUS e os serviços privados contratados de assistência à saúde;
- XV - promover a descentralização, para as Unidades Federadas e para os Municípios, dos serviços e ações de saúde, respectivamente, de abrangência estadual e municipal;
- XVI - normatizar e coordenar nacionalmente o Sistema Nacional de Sangue, Componentes e Derivados;
- XVII - acompanhar, controlar e avaliar as ações e os serviços de saúde, respeitadas as competências Estaduais e Municipais;
- XVIII - elaborar o planejamento estratégico nacional no âmbito do SUS em cooperação técnica com os Estados, Municípios e Distrito Federal;
- XIX - estabelecer o Sistema Nacional de Auditoria e coordenar a avaliação técnica e financeira do SUS, em todo o território nacional, em cooperação técnica com os Estados, Municípios e Distrito Federal.

Parágrafo único. A União poderá executar ações de vigilância epidemiológica e sanitária em circunstâncias especiais, como na ocorrência de agravos inusitados à saúde, que possam escapar do controle da direção estadual do Sistema Único de Saúde-SUS ou que representem risco de disseminação nacional.

Art. 17. - À direção estadual do Sistema Único de Saúde-SUS compete:

I - promover a descentralização, para os Municípios, dos serviços e das ações de saúde;
II - acompanhar, controlar e avaliar as redes hierarquizadas do Sistema Único de Saúde-SUS.

III - prestar apoio técnico e financeiro aos Municípios e executar supletivamente ações e serviços de saúde;

IV - coordenar e, em caráter complementar, executar ações e serviços:

- a) de vigilância epidemiológica;
- b) de vigilância sanitária;
- c) de alimentação e nutrição; e
- d) de saúde do trabalhador;

V - participar, junto com órgãos afins, do controle dos agravos do meio ambiente que tenham repercussão na saúde humana;

VI - participar da formulação da política e da execução de ações de saneamento básico;

VII - participar das ações de controle e avaliação das condições e dos ambientes de trabalho;

VIII - em caráter suplementar formular, executar, acompanhar e avaliar a política de insumos e equipamentos para a saúde;

IX - identificar estabelecimentos hospitalares de referência e gerir sistemas públicos de alta complexidade, de referência estadual e regional;

X - coordenar a rede estadual de laboratórios de saúde pública e hemocentros e gerir as unidades que permaneçam em sua organização administrativa;

XI - estabelecer normas, em caráter suplementar, para o controle e a avaliação das ações e serviços de saúde;

XII - formular normas estabelecer padrões, em caráter suplementar, de procedimentos de controle de qualidade para produtos e substâncias de consumo humano;

XIII - colaborar com a União na execução da vigilância sanitária de portos, aeroportos e fronteiras;

XIV - acompanhar, avaliar e divulgar os indicadores de morbidade e mortalidade no âmbito da unidade federada.

Art. 18. À direção municipal do Sistema Único de Saúde-SUS, compete:

I - planejar, organizar, controlar e avaliar as ações e os serviços de saúde e gerir e executar os serviços públicos de saúde;

II - participar do planejamento, programação e organização da rede regionalizada e hierarquizada do Sistema Único de Saúde-SUS, em articulação com sua direção estadual;

III - participar da execução, controle e avaliação das ações referentes às condições e aos ambientes de trabalho;

IV - executar serviços:

- a) de vigilância epidemiológica;
- b) de vigilância sanitária;
- c) de alimentação e nutrição;
- d) de saneamento básico; e
- e) de saúde do trabalhador;

V - dar execução, no âmbito municipal, à política de insumos e equipamentos para a saúde;

VI - colaborar na fiscalização das agressões ao meio ambiente, que tenham repercussão sobre a saúde humana, e atuar, junto aos órgãos municipais, estaduais e federais competentes, para controlá-las;

VII - formar consórcios administrativos intermunicipais;

VIII - gerir laboratórios públicos de saúde e hemocentros;

IX - colaborar com a União e com os Estados na execução da vigilância sanitária de portos, aeroportos e fronteiras;

X - observado o disposto no artigo 26 desta lei, celebrar contratos e convênios com entidades prestadoras de serviços privados de saúde, bem como controlar e avaliar sua execução;

XI - controlar e fiscalizar os procedimentos dos serviços privados de saúde:

XII - normatizar complementarmente as ações e serviços públicos de saúde no seu âmbito de atuação.

Art.19. Ao Distrito Federal competem as atribuições reservadas aos Estados e aos Municípios.

TÍTULO III

Dos Serviços Privados de Assistência à Saúde

CAPÍTULO I

Do Funcionamento

Art. 20. Os serviços privados de assistência à saúde caracterizam-se pela atuação, por iniciativa própria, de profissionais liberais, legalmente habilitados, e de pessoas jurídicas e de direito privado na promoção, proteção e recuperação da saúde.

Art.21. A assistência à saúde é livre à iniciativa privada.

Art. 22. Na prestação de serviços privados de assistência à saúde, serão observados os princípios éticos e as normas expedidas pelo órgão de direção do Sistema Único de Saúde-SUS quanto às condições para seu funcionamento.

Art. 23. É vedada a participação direta ou indireta de empresas ou de capitais estrangeiros na assistência à saúde, salvo através de doações de organismos internacionais vinculados à Organização das Nações Unidas, de entidades de cooperação técnica e de financiamento e empréstimos.

§ 1º Em qualquer caso é obrigatória a autorização do órgão de direção nacional do Sistema Único de Saúde-SUS, submetendo-se a seu controle as atividades que forem desenvolvidas e os instrumentos que forem firmados.

§ 2º Excetuam-se do disposto neste artigo os serviços de saúde mantidos, sem finalidade lucrativa, por empresas, para atendimento de seus empregados e dependentes, sem qualquer ônus para a Seguridade Social.

CAPÍTULO II

Da Participação Complementar

Art. 24. Quando as suas disponibilidades forem insuficientes para garantir a cobertura assistencial à população de uma determinada área, o Sistema Único de Saúde-SUS poderá recorrer aos serviços ofertados pela iniciativa privada.

Parágrafo único. A participação complementar dos serviços privados será formalizada mediante contrato ou convênio, observadas, a respeito, as normas de direito público.

Art. 25. Na hipótese do artigo anterior, as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos terão preferência para participar do Sistema Único de Saúde-SUS.

Art. 26. Os critérios e valores para a remuneração de serviços e os parâmetros de cobertura assistencial serão estabelecida pela direção nacional do Sistema Único de Saúde-SUS, aprovados no Conselho Nacional de Saúde.

§ 1º Na fixação dos critérios, valores, formas de reajuste e de pagamento da remuneração, aludida neste artigo, a direção nacional do Sistema Único de Saúde-SUS, deverá fundamentar seu ato em demonstrativo econômico-financeiro que garanta a efetiva qualidade dos serviços contratados.

§ 2º Os serviços contratados submeter-se-ão às normas técnicas e administrativas e aos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde-SUS, mantido o equilíbrio econômico e financeiro do contrato.

§ 3º (VETADO)

§ 4º Aos proprietários, administradores e dirigentes de entidades ou serviços contratados é vedado exercer cargo de chefia ou função de confiança no Sistema Único de Saúde-SUS.

TÍTULO IV

Dos Recursos Humanos

Art. 27. A política de recursos humanos na área de saúde será formalizada e executada, articuladamente, pelas diferentes esferas de governo, em cumprimento dos seguintes objetivos:

I - organização de um sistema de formação de recursos humanos em todos os níveis de ensino, inclusive de pós-graduação, além da elaboração de programas de permanente aperfeiçoamento de pessoal;

II - (VETADO)

III - (VETADO)

IV - valorização da dedicação exclusiva aos serviços do Sistema Único de Saúde-SUS.

Parágrafo único. Os serviços públicos que integram o Sistema Único de Saúde-SUS constituem campo de prática para ensino e pesquisa, mediante normas específicas, elaboradas conjuntamente com o sistema educacional.

Art. 28. Os cargos e funções de chefia, direção e assessoramento, no âmbito do Sistema Único de Saúde-SUS, só poderão ser exercidos em regime de tempo integral.

§ 1º Os servidores que legalmente acumulam dois cargos ou empregos poderão exercer suas atividades em mais de um estabelecimento do Sistema Único de Saúde-SUS.

§ 2º O disposto no parágrafo anterior aplica-se também aos servidores em regime de tempo integral, com exceção dos ocupantes de cargos ou função de chefia, direção ou assessoramento.

Art. 29. (VETADO)

Art. 30. As especializações na forma de treinamento em serviço sob supervisão ser o regulamentadas por comissão nacional, instituída de acordo com o artigo 12 desta lei, garantida a participação das entidades profissionais correspondentes.

TÍTULO V

Do Financiamento

CAPÍTULO I

Dos Recursos

Art. 31. O orçamento da Seguridade Social destinará ao Sistema Único de Saúde-SUS, de acordo com a receita estimada, os recursos necessários à realização de suas finalidades, previstos em propostas elaborada pela sua direção nacional, com a participação dos órgãos de previdência social e da assistência social, tendo em vista as metas e prioridades estabelecidas na Lei de Diretrizes Orçamentárias.

Art. 32. São considerados de outras fontes os recursos provenientes de:

I - (VETADO)

II - serviços que possam ser prestados sem prejuízo da assistência à saúde;

- III - ajuda, contribuições, doações e donativos;
- IV - alienações patrimoniais e rendimentos de capital;
- V - taxas, multas, emolumentos e preços públicos arrecadados no âmbito do Sistema Único de Saúde-SUS; e
- VI - rendas eventuais, inclusive comerciais e industriais.

§ 1º Ao sistema Único de Saúde-SUS caberá metade da receita de que trata o inciso I deste artigo, apurada mensalmente, a qual será destinada à recuperação de viciados.

§ 2º As receitas geradas no âmbito do Sistema Único de Saúde-SUS serão creditadas diretamente em contas especiais, movimentadas pela sua direção, na esfera de poder onde forem arrecadadas.

§ 3º As ações de saneamento, que venham a ser executadas supletivamente pelo Sistema Único de Saúde-SUS, serão financiadas por recursos tarifários específicos e outros da União, Estados, Distrito Federal, Municípios e, em particular, do Sistema Financeiro da Habitação-SFH.

§ 4º (VETADO)

§ 5º As atividades de pesquisa e desenvolvimento científico e tecnológico em saúde serão co-financiadas pelo Sistema Único de Saúde-SUS, pelas universidades e pelo orçamento fiscal, além de recursos de instituições de fomento e financiamento ou de origem externa e receita próprias das instituições executoras.

§ 6º (VETADO)

CAPÍTULO II

Da Gestão Financeira

Art. 33. Os recursos financeiros do Sistema Único de Saúde-SUS serão depositados em conta especial, em cada esfera de sua atuação, e movimentados sob fiscalização dos respectivos conselhos de saúde.

§ 1º Na esfera federal, os recursos financeiros, originários do orçamento da Seguridade Social, de outros orçamentos da União, além de outras fontes, serão administrados pelo Ministério da Saúde, através do Fundo Nacional de Saúde.

§ 2º (VETADO)

§ 3º (VETADO)

§ 4º - O Ministério da Saúde acompanhará através de seu sistema de auditoria a conformidade à programação aprovada da aplicação dos recursos repassados a Estados e Municípios; constatada a malversação, desvio ou não aplicação dos recursos, caberá ao Ministério da Saúde aplicar as medidas previstas em lei.

Art. 34. As autoridades responsáveis pela distribuição da receita efetivamente arrecadada transferirão automaticamente ao Fundo Nacional de Saúde-FNS, observado o critério do parágrafo único deste artigo, os recursos financeiros correspondentes às dotações consignadas no orçamento da Seguridade Social, a projetos e atividades a serem executados no âmbito do Sistema Único de Saúde-SUS.

Parágrafo único. Na distribuição dos recursos financeiros da Seguridade Social será observada a mesma proporção da despesa prevista de cada área, do orçamento da Seguridade social.

Art. 35. Para o estabelecimento de valores a serem transferidos a Estados, Distrito Federal e Municípios, será utilizada a combinação dos seguintes critérios, segundo análise técnica de programas e projetos:

- I - perfil demográfico da região;
- II - perfil epidemiológico da população a ser coberta;
- III - características quantitativas e qualitativas da rede de saúde na área;
- IV - desempenho técnico, econômico e financeiro no período anterior;
- V - níveis de participação do setor saúde nos orçamentos estaduais e municipais;
- VI - previsão do plano quinquenal de investimentos da rede;
- VII - ressarcimento do atendimento a serviços prestados para outras esferas de governo.

§1º Metade dos recursos destinados a Estados e Municípios será distribuída segundo o quociente de sua divisão pelo número de habitantes, independentemente de qualquer procedimento prévio.

§ 2º Nos casos de Estados e Municípios sujeitos a notório processo de migração, os critérios demográficos mencionados nesta lei serão ponderados por outros indicadores de crescimento populacional, em especial o número de eleitores registrados.

§ 3º VETADO)

§ 4º VETADO)

§ 5º VETADO)

§ 6º O disposto no parágrafo anterior não prejudica a atuação dos órgãos de controle interno e externo e nem a aplicação de penalidades previstas em lei em caso de irregularidades verificadas na gestão dos recursos transferidos.

CAPÍTULO III

Do Planejamento e do Orçamento

Art. 36. O processo de planejamento e orçamento do Sistema Único de Saúde-SUS será ascendente, do nível local até o federal, ouvidos seus órgãos deliberativos, compatibilizando-se as necessidades da política de saúde com a disponibilidade de recursos em planos de saúde dos Municípios, dos Estados, do Distrito Federal e da União.

§ 1º Os planos de saúde serão a base das atividades e programações de cada nível de direção do Sistema Único de Saúde-SUS e seu financiamento será previsto na respectiva proposta orçamentária.

§ 2º É vedada a transferência de recursos para o financiamento de ações não previstas nos planos de saúde, exceto em situações emergenciais ou de calamidade pública, na área de saúde.

Art. 37. O Conselho Nacional de Saúde estabelecerá as diretrizes a serem observadas na elaboração dos planos de saúde, em função das características epidemiológicas e da organização dos serviços em cada jurisdição administrativa.

Art. 38. Não será permitida a destinação de subvenções e auxílios a instituições prestadoras de serviços de saúde com finalidade lucrativa.

DAS DISPOSIÇÕES FINAIS E TRANSITÓRIAS

Art. 39. (VETADO)

§1º (VETADO)

§2º (VETADO)

§3º (VETADO)

§4º (VETADO)

§ 5º A cessão de uso dos imóveis de propriedade do INAMPS para órgãos integrantes do Sistema Único de Saúde-SUS será feita de modo a preservá-los como patrimônio da Seguridade Social.

§ 6º Os imóveis de que trata o parágrafo anterior serão inventariados com todos os acessórios, equipamentos e outros bens imóveis e ficarão disponíveis para utilização pelo órgão de direção municipal do Sistema Único de Saúde-SUS, ou eventualmente, pelo estadual, em cuja circunscrição administrativa se encontrem, mediante simples termo de recebimento.

§ 7º (VETADO)

§ 8º O acesso aos serviços de informática e base de dados, mantidos pelo Ministério da Saúde e pelo Ministério do Trabalho e Previdência Social, será assegurado às Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde ou órgãos congêneres, como suporte ao processo de gestão, de forma a permitir a gerência informatizada das contas e a disseminação de estatísticas sanitárias e epidemiológicas médico-hospitalares.

Art. 40. (VETADO)

Art. 41. As ações desenvolvidas pela Fundação das Pioneiras Sociais e pelo Instituto Nacional do Câncer, supervisionadas pela direção nacional do Sistema Único de Saúde-SUS, permanecerão como referencial de prestação de serviços, formação de recursos humanos e para transferência de tecnologia.

Art. 42. (VETADO)

Art. 43. A gratuidade das ações e serviços de saúde fica preservada nos serviços públicos e privados contratados, ressalvando-se as cláusulas dos contratos ou convênios estabelecidos com as entidades privadas.

Art. 44. e seus parágrafos (VETADOS)

Art. 45. Os serviços de saúde dos hospitais universitários e de ensino integram-se ao Sistema Único de Saúde-SUS, mediante convênio, preservada a sua autonomia administrativa, em relação ao patrimônio, aos recursos humanos e financeiros, ensino, pesquisa e extensão, dos limites conferidos pelas instituições a que estejam vinculados.

§1º Os serviços de saúde de sistemas estaduais e municipais de previdência social deverão integrar-se à direção correspondente do Sistema Único de Saúde-SUS, conforme seu âmbito de atuação, bem como quaisquer outros órgãos e serviços de saúde.

§2º Em tempo de paz e havendo interesse recíproco, os serviços de saúde das Forças Armadas poderão integrar-se ao Sistema Único de Saúde-SUS, conforme se dispuser em convênio que, para esse fim, for firmado.

Art. 46. O Sistema Único de Saúde-SUS estabelecerá mecanismos de incentivo à participação do setor privado no investimento em ciência e tecnologia e estimulará a transferência de tecnologia das Universidades e institutos de pesquisa aos serviços de saúde nos Estados, Distrito Federal e Municípios, e às empresas nacionais.

Art. 47. O Ministério da Saúde, em articulação com os níveis estaduais e municipais do Sistema Único de Saúde-SUS organizará, no prazo de 2(dois) anos, um sistema nacional de informações em saúde, integrado em todo o território nacional, abrangendo questões epidemiológicas e de prestação de serviços.

Art. 48. (VETADO)

Art. 49. (VETADO)

Art. 50. Os convênios entre a União, os Estados e os Municípios, celebrados para a implantação dos sistemas unificados e descentralizados de saúde, ficarão rescindidos à proporção que seu objeto for sendo absorvido pelo Sistema Único de Saúde-SUS.

Art. 51. (VETADO)

Art. 52. Sem prejuízo de outras sanções cabíveis, constitui crime de emprego irregular de verbas ou rendas públicas (Código Penal, artigo 315) a utilização de recursos financeiros do Sistema Único de Saúde-SUS em finalidades diversas das previstas nesta lei.

Art. 53. (VETADO)

Art. 54. Esta lei entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 55. São revogadas a Lei nº 2.312, de 3 de setembro de 1954; a Lei nº 6.229, de 17 de julho de 1975, e demais disposições em contrário.

Brasília, 19 de setembro de 1990