

UNIVERSIDADE DO VALE DO RIO DOS SINOS
UNIDADE ACADÊMICA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS SOCIAIS
NÍVEL MESTRADO

JEAN JEISON FÜHR

FORMAÇÃO EM SAÚDE E ARTICULAÇÕES POSSÍVEIS:
AS VIVÊNCIAS E ESTÁGIOS NA REALIDADE DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE – VER-SUS

SÃO LEOPOLDO

2015

Jean Jeison Führ

FORMAÇÃO EM SAÚDE E ARTICULAÇÕES POSSÍVEIS:

As Vivências e Estágios na Realidade do Sistema Único de Saúde – VER-SUS

Dissertação apresentada para obtenção do título de Mestre em Ciências Sociais na Universidade do Vale do Rio dos Sinos – UNISINOS.

Área de Concentração: Identidades e Sociabilidades

Orientação: Prof. Dr. Nadir Lara Junior

São Leopoldo

2015

JEAN JEISON FÜHR

FORMAÇÃO EM SAÚDE E ARTICULAÇÕES POSSÍVEIS:
AS VIVÊNCIAS E ESTÁGIOS NA REALIDADE DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE – VER-SUS

Dissertação apresentada para obtenção do título
de Mestre em Ciências Sociais na Universidade
do Vale do Rio dos Sinos – UNISINOS.
Área de Concentração: Identidades e Sociabilidades
Orientação: Prof. Dr. Nadir Lara Júnior

Defendida em 24 de agosto de 2015.

Comissão Examinadora:

Prof. Dr. Nadir Lara Júnior – UNISINOS

Profa. Dra. Laura Cecília Lopez – UNISINOS

Prof. Dr. Solon Eduardo Annes Viola – UNISINOS

Prof. Dr. Daniel de Mendonça - UFPEL

F959f Führ, Jean Jeison.

Formação em saúde e articulações possíveis : as vivências e estágios na realidade do Sistema Único de Saúde – VER-SUS / Jean Jeison Führ. – 2015.

270 f. ; 30 cm.

Dissertação (mestrado) – Universidade do Vale do Rio dos Sinos, Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais, 2015.

"Orientação: Prof. Dr. Nadir Lara Junior."

1. VER-SUS. 2. Formação. 3. Campo da saúde. 4. Prática discursiva. 5. Articulação. I. Título.

CDU 614

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho ao Movimento Estudantil Brasileiro, em especial aos coletivos estudantis do campo da saúde que a partir dos antagonismos sociais organizam projetos políticos de construção coletiva.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Ilustração 1: Gráfico dos resumos sobre o VER-SUS nos Congressos Rede Unida.....	16
Ilustração 2: Tabela de Evolução das Estatísticas do Ensino Superior Brasil 1962/98.....	106
Ilustração 3: Tabela com número e percentual da organização acadêmica brasileira 2011 .	120
Ilustração 4: Tabela com percentual de matrículas de graduação presencial em 2011	121
Ilustração 5: Tabela com percentual de matrículas segundo áreas gerais em 2011.....	121
Ilustração 6: Gráfico com percentual das ocupações nas atividades de saúde em 2005	122
Ilustração 7: Gráficos com total de atividades e vínculos em saúde 2000-2005	123
Ilustração 8: Gráfico com postos de trabalho de nível superior em saúde 1999/2009	124
Ilustração 9: Tabela das Práticas Articulatórias de RHS requisitadas nas CNS's.....	135
Ilustração 10: Tabela com as significações significantes de projeto e programa social.....	147
Ilustração 11: Histórico da Associação Brasileira Rede Unida	154
Ilustração 12: Mapa dos coletivos estudantis em saúde no estado do Rio Grande do Sul ...	158
Ilustração 13: Imagem do grupo virtual de articulação dos coletivos estudantis brasileiros	160
Ilustração 14: Tabela com perguntas semiestruturadas formulada nesta pesquisa.....	175
Ilustração 15: Tabela com participações dos entrevistados no VER-SUS	177
Ilustração 16: Tabela com cursos e universidades dos entrevistados nesta pesquisa	177
Ilustração 17: Tabela com categoria universitária / sexo dos entrevistados nesta pesquisa .	177
Ilustração 18: Cartaz convocatório para o 1º Fórum Nacional Elos.....	190
Ilustração 19: Mapa dos Distritos Políticos do Município de Porto Alegre	192
Ilustração 20: Mapa do Distrito Sanitário LENO do Município de Porto Alegre	192
Ilustração 21: Tabela com o Cronograma de Vivência da Equipe LENO Verão 2015.....	193
Ilustração 22: Grafites nas unidades de saúde do distrito sanitário LENO	197
Ilustração 23: Cartaz do PET-Saúde observado em UBS.....	198

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABRASCO	Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
ACD	Análise Crítica do Discurso
AD	Análise do Discurso
ADI / ADI's	Articulação Discursiva / Articulações Discursivas
AI5	Ato Institucional nº.5
AID / AID's	Articulação Ideológica / Articulações Ideológicas
AIE	Aparelhos Ideológicos de Estado
AIS	Ações Integradas de Saúde
AMOVITA	Associação Comunitária da Vila São Judas Tadeu
ARE	Aparelhos Repressivos de Estado
CA / CA's	Centro Acadêmico / Centros Acadêmicos
CAPS / CAPS's	Centro de Atenção Psicossocial / Centros de Atenção Psicossociais
CEBES	Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
CEFET / CEFET's	Centro Federal de Educação Tecnológica / Centros Federais de Educação Tecnológica
CEPA	Centro de Evangelização Padre Arturo
CF	Constituição Federal
CLT	Consolidação das Leis Trabalhistas
CMFT	Centro de Formação Teológica
CMS	Conselho Municipal de Saúde
CNPJ	Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica
CNRHS	Conferência Nacional de Recursos Humanos para a Saúde
CNS / CNS's	Conferência Nacional de Saúde / Conferências Nacionais de Saúde
CNSB	Conselho Nacional de Saúde Brasileira
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde
DCE / DCE's	Diretório Central dos Estudantes / Diretórios Centrais dos Estudantes
DEGES	Departamento de Gestão da Educação na Saúde
DENEM	Direção Executiva Nacional de Estudantes de Medicina
ENADE	Exame Nacional de Desempenho dos Estudantes
ENEV	Executiva Nacional dos Estudantes de Veterinária
ESF / ESF's	Estratégia de Saúde da Família / Estratégias de Saúde das Famílias
ESP/RS	Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul
EUA	Estados Unidos da América
FABN	Fraternidade Apostólica da Boa Nova
FD / FD's	Formação Discursiva / Formações Discursivas
FEAB	Federação dos Estudantes de Agronomia no Brasil
FEESERS	Federação dos Empregados em Estabelecimentos e Serviços de Saúde do Rio Grande do Sul
FHC	Fernando Henrique Cardoso
FI / FI's	Formação Ideológica / Formações Ideológicas
FIOCRUZ	Fundação Osvaldo Cruz
FGTS	Fundo de Garantia do Tempo de Serviço
FLACSO	Faculdade Latino Americana de Ciências Sociais
IAP / IAP's	Instituto de Aposentadorias e Pensões / Institutos de Aposentadorias e Pensões
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDA	Integração Ensino Serviço

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

IF / IF's	Instituto Federal de Educação / Institutos Federais de Educação
INEP	Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
ISBN	International Standard Book Number = Padrão Internacional de Numeração dos Livros
ICICT	Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde
LDB	Lei de Diretrizes e Bases da Educação
ME	Movimento Estudantil
MEC	Ministério da Educação e Cultura
MS	Ministério da Saúde
MSB	Movimento Sanitário Brasileiro
NETESC	Núcleo Estudantil de Trabalhos em Saúde Coletiva
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
OTICS	Observatório de Tecnologias em Informação e Comunicação em Sistemas e Serviços de Saúde
PCB	Partido Comunista Brasileiro
PET-Saúde	Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde
PPGCS	Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais
PPGSP	Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública
PPREPS	Programa de Preparação Estratégica de Pessoal de Saúde
PRO-Saúde	Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde
PROFAE	Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área da Enfermagem
PSF	Programa de Saúde da Família
SBPC	Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência
SGTES	Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde
SINAE	Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior
SNS	Sistema Nacional de Saúde
SUDS	Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
RHS	Recursos Humanos em Saúde
RMPA	Região Metropolitana de Porto Alegre
RS	Rio Grande do Sul
RSB	Reforma Sanitária Brasileira
RUB	Reforma Universitária Brasileira
TCC / TCC's	Trabalho de Conclusão de Curso / Trabalhos de Conclusão de Curso
UBS / UBS's	Unidade Básica de Saúde / Unidades Básicas de Saúde
UEE / UEE's	União Estadual dos Estudantes / Uniões Estaduais dos Estudantes
UFRGS	Universidade Federal do Rio Grande dos Sul
UNB	Universidade de Brasília
UNE	União Nacional dos Estudantes
UNISINOS	Universidade do Vale do Rio dos Sinos
UPA / UPAS's	Unidade de Pronto Atendimento / Unidades de Prontos Atendimentos
USP	Universidade de São Paulo
URSS	União das Repúblicas Socialistas Soviéticas
VER-SUS	Vivências e Estágios na Realidade do Sistema Único de Saúde

RESUMO

O objetivo desta pesquisa de mestrado em Ciências Sociais é analisar quais são as articulações ideológicas enunciadas pelos sujeitos que participam das Vivências e Estágios na Realidade do Sistema Único de Saúde - VER-SUS.

Começamos apresentando uma bibliografia que estabelece os pontos de referência teórica, conceitual e historiográfica da interdisciplinaridade das Ciências Sociais junto ao campo da saúde. Com base nesse aporte, apresentamos a Teoria do Discurso e a Análise do Discurso que possibilitam compreender a realidade estudada.

Como metodologia do trabalho procedemos a observações participantes e entrevistas semiestruturadas com estudantes de diferentes cursos da graduação em saúde que possibilitaram evidenciar a enunciação das diferentes perspectivas da formação profissional sanitária em suas articulações ideológicas junto ao VER-SUS.

Concluimos em nossa pesquisa que o denominado projeto político VER-SUS não é uma ruptura com as práticas discursivas da formação dos trabalhadores junto ao campo da saúde. Através das significações enunciadas pelos sujeitos partícipes do referido projeto político, podemos conceber o VER-SUS como um ponto nodal onde são tencionadas algumas articulações discursivas e ideológicas de elementos ausentes na formação em saúde promovida de forma flexneriana pelos aparatos institucionais universitários, estatais, sanitários, sociais e outros possíveis de forma hegemônica.

Palavras-chave: VER-SUS, formação, campo da saúde, prática discursiva, articulação.

RESUMEN

El objetivo de esta investigación en las ciencias sociales es analizar cuáles son las articulaciones ideológicas establecidas por los sujetos participantes en las Vivencias e Estagios en la Realidad del Sistema Único de Salud - VER-SUS.

Comenzamos mostrando una bibliografía que se establecen los puntos de referencia teórica, conceptual y historiográfica de las Ciencias Sociales interdisciplinarios con el campo de la salud. Procedemos sobre la base de esta contribución se presenta la Teoría del Discurso y Análisis del Discurso que permiten comprender la realidad estudiada.

Procedemos a la metodología del trabajo con observaciones participantes y entrevistas semiestructuradas con estudiantes de diferentes cursos de graduación de la salud que permitieron resaltar la enunciación de las diferentes perspectivas de la formación profesional de la salud en sus articulaciones ideológicas con el VER-SUS.

Llegamos a la conclusión de nuestra investigación que el llamado proyecto político VER-SUS no es una ruptura con las prácticas discursivas de formación de los trabajadores en el campo de la salud. A través de los significados enunciados por los sujetos participantes de el proyecto político, podemos diseñar el VER-SUS como un punto nodal en el que se tensan algunas articulaciones discursivas e ideológicas de los elementos que faltan en la formación sanitaria promovidos en forma flexneriana por los aparatos institucionales de la universidad, del estado, de la salud, del social y otros posibles en la forma hegemónica.

Palabras clave: VER-SUS, formación, campo de la salud, práctica discursiva, articulación.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	12
1. A SAÚDE E O SOCIAL EM AMPLIAÇÃO	20
1.1 DELIMITAÇÕES ELEMENTARES DA SAÚDE E DO SOCIAL.....	21
1.3 AMPLIAÇÕES CONCEITUAIS DO SOCIAL JUNTO AO CAMPO DA SAÚDE.....	25
1.2 IRRUPÇÕES DO CAMPO DA SAÚDE NO DISCURSO DO SOCIAL	33
2. AS FORMAÇÕES E AS ARTICULAÇÕES DISCURSIVAS E IDEOLÓGICAS.....	53
2.1 REMISSÕES TEÓRICAS DO PÓS-MARXISMO AO PÓS-ESTRUTURALISMO.....	53
2.2 REVISSÕES CONCEITUAIS DO PÓS-MARXISMO AO PÓS-ESTRUTURALISMO	66
3. A HEGEMONIA NA FORMAÇÃO DOS TRABALHADORES EM SAÚDE	86
3.1 FORMAÇÃO DA HEGEMONIA NO ENSINO MÉDICO-CLÍNICO-HOSPITALAR ..	86
3.2 FORMAÇÃO DA HEGEMONIA NO ENSINO SUPERIOR UNIVERSITÁRIO	91
3.3 FORMAÇÃO DA HEGEMONIA PREVIDENCIÁRIA NO CAMPO DA SAÚDE.....	101
3.4 HEGEMONIA FLEXNERIANA BRASILEIRA E SEUS VAZIOS ATUAIS	111
4. AS ARTICULAÇÕES NA FORMAÇÃO DOS TRABALHADORES EM SAÚDE .	129
4.1 ARTICULAÇÕES PRECEDENTES DA FORMAÇÃO EM SAÚDE	129
4.2 PRÁTICAS ARTICULATÓRIAS REQUISITADAS NA FORMAÇÃO EM SAÚDE .	134
4.3 AS FALTAS E OS VAZIOS CONSTITUTIVOS DA FORMAÇÃO EM SAÚDE	140
4.4 AS PRÁTICAS ARTICULATÓRIAS DO VER-SUS NA FORMAÇÃO EM SAÚDE .	144
5. ANÁLISE DOS DISCURSOS VIVENCIAIS	163
5.1 POSTURA METODOLÓGICA ADOTADA	163
5.2 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS ADOTADOS	164
5.3 PROCEDIMENTO METODOLÓGICO DA OBSERVAÇÃO PARTICIPANTE	167
5.4 PROCEDIMENTO METODOLÓGICO DA ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA .	173
6. VIVÊNCIAS E ESTÁGIOS ENQUANTO PRÁTICA DISCURSIVA	181
6.1 VIVENCIAIS OBSERVAÇÕES PARTICIPANTES.....	181
6.2 VIVENCIAIS ENTREVISTAS SEMIESTRUTURADAS	200
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	254
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:	257
ANEXO.....	270

INTRODUÇÃO

O objetivo geral desta pesquisa de mestrado é analisar quais são articulações ideológicas enunciadas pelos sujeitos que participam das Vivências e Estágios na Realidade do Sistema Único de Saúde - VER-SUS.

Na presente pesquisa pretende-se também alcançar os seguintes objetivos específicos:

a) Compreender quais são as articulações discursivas enunciadas pelos sujeitos que participam do VER-SUS; b) Relacionar quais são as formações discursivas enunciadas pelos sujeitos que participam do VER-SUS; c) Entender quais são as formações ideológicas enunciadas pelos sujeitos que participam do VER-SUS;

O interesse em dissertar sobre o VER-SUS ocorreu após minha participação em algumas vivências deste projeto político de saúde pública. O contato que tive com algumas realidades vivenciais do Sistema Único de Saúde - SUS foi interessante para que a minha compreensão do *campo* da saúde pública, enquanto “*campo de forças/lutas*” (BOURDIEU, 1996, p.50) fosse ampliada durante o redigir do meu Trabalho de Conclusão de Curso - TCC em Ciências Sociais – Licenciatura. No referido TCC intitulado “*O privado suplantando o público: o SUS no Município de Nova Hartz*” foi analisado quais eram os elementos ideológicos que conduziam os sujeitos sociais partícipes de um Conselho Municipal de Saúde - CMS a se posicionarem de forma favorável a uma crescente terceirização na área de pronto atendimento em saúde pública municipal. Para alcançar este objetivo foi utilizada uma bibliografia básica que fundamentou os conceitos de saúde, doença, Estado, controle social, ideologia e outros. As conclusões da referida pesquisa evidenciaram que o posicionamento favorável dos conselheiros a uma crescente terceirização junto à área de pronto atendimento em saúde pública municipal decorria: 1) Das condições ideológicas de organização, mobilização e formação dos próprios conselheiros do CMS; e 2) Das condições materiais de estruturação que o SUS apresenta em sua realidade pública de atendimento.

O referido TCC foi aprovado com distinção e a banca avaliadora sugeriu que este fosse publicado em forma de livro com o título “*Repensando o público e o privado junto ao SUS*” (Padrão Internacional de Numeração dos Livros - ISBN: 978-85-7843-3147) pela Editora Oikos de São Leopoldo em 2013 (FÜHR, 2013). O desenvolvimento desta pesquisa inicial despertou o interesse em aprofundar os estudos das teorias, dos conceitos e das metodologias sociológicas utilizadas junto ao campo da saúde.

Como o intento era continuar aprofundando os estudos sobre as práticas discursivas junto ao campo da saúde pública, consideramos que a investigação sobre o VER-SUS se mostra apropriada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais - PPGCS da Universidade do Vale do Rio dos Sinos - UNISINOS, através da Linha 1: Identidades e Sociabilidades, no que tange a temática das Políticas de Identidade e Movimentos Sociais.

Pretendemos nesta pesquisa analisar o VER-SUS sob a ótica do pós-estruturalismo, especialmente a partir da Teoria do Discurso. A Teoria do Discurso advém das formulações sobre articulação, identidade, hegemonia e outras categorias conceituais que foram elaboradas a partir da publicação da obra *“Hegemonia y Estrategia Socialista: Hacia una radicalización de la democracia”* de Ernesto Laclau (1935-2014) e Chantal Mouffe (1943-) publicada em 1985 em inglês e em 1987 em espanhol, mas que ainda não contava com uma tradução publicada em português (algo que veio a acontecer agora em 2015 nos 30 anos da obra):

Esta forma de aproximação do problema da articulação nos parecia conter todos os elementos necessários para resolver as aparentes antinomias que nos enfrentamos na lógica da hegemonia por um lado, e o caráter aberto e incompleto que toda identidade social permite sua articulação em diferentes formações históricas discursivas (LACLAU; MOUFFE, 1987, p.154) ¹.

Como podemos perceber a perspectiva pós-estrutural da Teoria do Discurso (que iremos apresentar mais detidamente ao longo de nosso dissertar) possibilita desenvolver uma abordagem teórica que se coaduna com a linha de estudos ao qual estamos inseridos por tratar de questões do conceito de identidade, mas também por tratar dos conceitos de hegemonia e articulação que irão estruturar a nossa pesquisa sobre o VER-SUS e o contexto social do qual ele faz parte junto ao campo da saúde pública brasileira e internacional. Outra característica interessante desta Teoria do Discurso, é que sendo ambientada por diversos autores junto ao pós-estruturalismo, podemos adotar uma postura reflexiva mais aberta e fluida em relação às demais teorias e metodologias presentes nas Ciências Sociais. Tal postura se deve porque segundo Williams (2012, p.23) o “pós-estruturalismo não rejeita simplesmente as coisas. Ele trabalha dentro delas para desfazer seus postulados exclusivistas de verdade e pureza”.

A escolha desta abordagem teórica justifica academicamente a realização da presente pesquisa, tendo em vista que as produções científicas sobre o VER-SUS das quais obtivemos acesso, nenhuma delas se utilizou do arcabouço teórico que propomos, e nenhuma outra abordou sociologicamente a questão das dinâmicas de sociabilidade em suas implicações teóricas e políticas relacionadas à constituição das identidades estudantis junto ao VER-SUS.

¹ Tradução livre do autor desta dissertação de mestrado.

Conforme levantamento bibliográfico prévio realizado e publicado por Thaís Maranhão (2013, p.4) para sua dissertação de mestrado junto ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública – PPGSP da Universidade Federal do Rio Grande do Sul - UFRGS existem atualmente: “3 (três) dissertações e teses, 4 (quatro) artigos científicos, 8 (oito) TCC’s de graduação e pós-graduação, e 173 (cento e setenta e três) resumos em anais de eventos” que tratam sobre o VER-SUS. A pesquisa empreendida por Maranhão (2013) pretende resgatar as trajetórias dos sujeitos participantes do Projeto-Piloto do VER-SUS em 2003 e edições iniciais que foram logo posteriores. Objetivo diferente de nossa pesquisa, que se focaliza nos sujeitos que participam da organização do VER-SUS nas edições recentes.

Das produções finais de cursos de pós-graduação que tratam sobre o VER-SUS temos a tese de Bilibio (2009) além das dissertações de Torres (2009) e Valença (2011). Estes pesquisadores estiveram implicados com o processo de organização das experiências VER-SUS/Brasil 2003-2005, VER-SUS/RS 2002 e VER-SUS/RN 2006-2009 respectivamente. Os autores aproveitaram o contato com as diferentes ocorrências do VER-SUS para elaborarem seus trabalhos acadêmicos finais de pós-graduação em Educação, Gestão de Sistemas de Saúde e Enfermagem igualmente em termos respectivos:

“(...) tese de Bilibio (2009, p.5) vem no sentido de realizar um exercício de problematização (...) de encontros oportunizados pelo VER-SUS, formulação na perspectiva da micropolítica do processo de trabalho em saúde e que podem ser endereçadas à formação de profissionais de saúde. Como principais resultados e/ou considerações acerca da temática VER-SUS Torres (2005) e Valença (2011) elaboraram acerca de elementos como: caracterização dos estágios de vivência; proposição metodológica dos estágios; relação do VER-SUS com os cenários e práticas de ensino/aprendizagem tradicionais; contribuições do VER-SUS para mudanças na formação de profissionais de saúde e aproximação com a comunidade; relação do VER-SUS com metodologias ativas e/ou problematizadoras de aprendizagem; e importância dos estudantes facilitadores no VER-SUS como condutores da aproximação dos estudantes com o SUS (MARANHÃO, 2013, p. 5).

Nestas produções, os autores apresentam o VER-SUS como: “espaços de encontros entre estudantes e determinadas realidades (TORRES, 2005, p.71)” de experimentações micropolíticas que deixam “um rastro de signos a serem traduzidos, a serem interpretados (BILIBIO, 2009, p.30)” em “contextos que envolvem a formação de profissionais de saúde com corações e mentes voltados para o SUS (VALENÇA, 2011, p. 26)”.

Quanto aos artigos publicados três deles: Alves; Cardoso; Dimkoski (2005); Canônico; Brêtas (2008); e Mendes et al. (2012) tratam do relato de experiências; e o quarto Riquinho; Capoani (2002) trata-se de uma pesquisa qualitativa realizada com estudantes egressos da experiência VER-SUS. Os resultados explicitados pelos mesmos indicam que:

Os principais resultados e/ou considerações apresentadas nos artigos sugerem a importância da vivência no cotidiano de sistemas e serviços de saúde proporcionada pelo VER-SUS; além da necessidade de mudança na formação profissional dos estudantes de graduação, no sentido de estimular o compromisso com o SUS, com a comunidade, com trocas de saberes entre diferentes profissionais; que a participação no VER-SUS acrescenta conhecimento individual aos estudantes no que se refere à discussão do SUS como política pública; que amplia a formação dos estudantes na medida em que este se aproxima de outras formações, pelo contato com estudantes, trabalhadores e com usuários; que promove uma formação comprometida por meio da articulação de aspectos éticos, técnicos, políticos e de relacionamento interpessoal; e por fim, reforça a importância do movimento estudantil na construção das experiências VER-SUS, assim como a experiência VER-SUS incentiva o estudante a participar de movimentos sociais, em especial, movimento estudantil (MARANHÃO, 2013, p.6).

Quanto aos Trabalhos de Conclusão de Curso - TCC, Maranhão (2013, p.7) denota que teve problemas em ter acesso porque quatro dos oito TCC's que abordam o VER-SUS "quatro não disponibilizam sequer o resumo pelo sitio eletrônico da biblioteca, o que dificultou a análise de revisão". Mesmo assim, pode-se perceber de que se tratavam de cinco trabalhos de graduação: Souza (2004); Leal (2005); Garcia (2005); Guimarães (2006); e Tomimatsu (2006); e de três de especialização Rocha (2004); Souza (2009); e Santos (2009). Maranhão (2013) com base nisso aponta que das produções de que teve acesso:

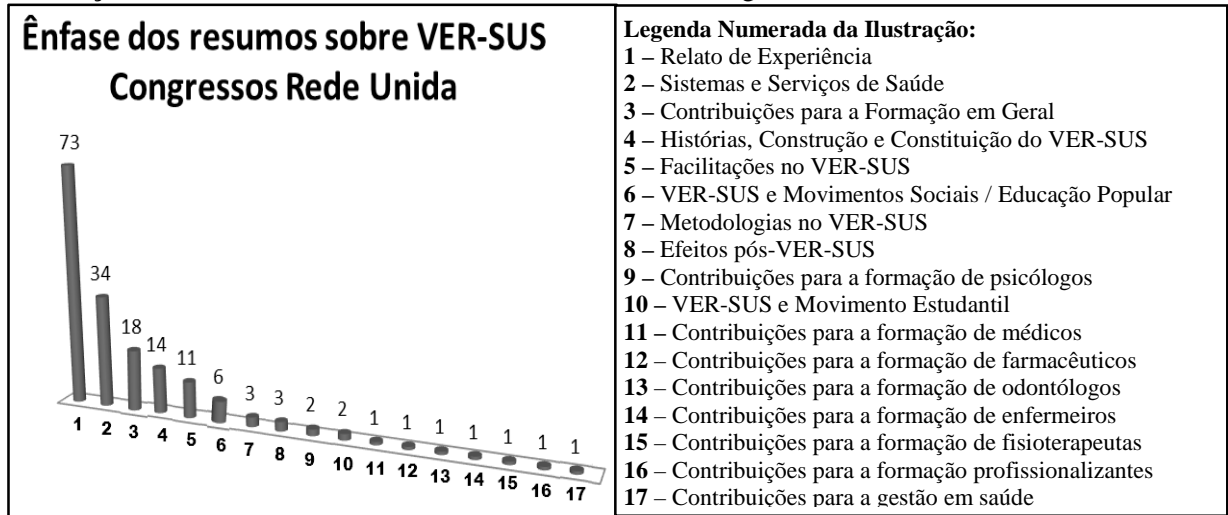
Quanto aos objetivos e metodologias não foi possível analisar pela indisponibilidade de acesso aos textos completos e/ou resumos das obras. Pode-se supor, analisando os títulos dos trabalhos, que a discussão sobre o VER-SUS ocorreu nos TCC's, tanto a partir de perspectivas estudantis como de gestões municipais. Além disto, houve proposta de análise comparativa entre VER-SUS e Projeto Rondon (MARANHÃO, 2013, p.7).

No que se referem aos cento e setenta e três resumos em anais de eventos que Maranhão (2013, p.8) analisou por tratarem sobre o VER-SUS, a autora explicita que não "(...) houve sucesso nessa pesquisa porque a organização da busca dos trabalhos aprovados solicita o preenchimento de no mínimo três itens dos cinco possíveis, sendo eles: palavra contida no título, palavra contida no resumo, autor, coautor e instituição". Ora, a pesquisadora não sabendo de antemão o nome dos autores, dos coautores e instituição de origem de quem escrevera os resumos não podia ter acesso aos possíveis resumos e anais que tenham abordado o VER-SUS. Entretanto, a própria Associação Brasileira Rede Unida, um dos aparatos institucionais implicados na realização do VER-SUS, vem organizando congressos para debater em parceria com aparatos institucionais universitários, sanitários e sociais organizados, as significações que as vivências impregnam. Com isso então, Maranhão (2013) teve acesso e pode realizar a análise parcial sobre resumos e anais que tratam do VER-SUS:

Os resumos apresentados do 6º ao 8º congresso são referentes às experiências do VERSUS/ Brasil de 2003-2005; os resumos do 9º Congresso tratam, em sua maioria, de duas vivências específicas - VER-SUS/GHC (julho de 2009 - RS) e VER-SUS/UNISC (janeiro de 2010-RS), e ainda do EVSUS (dezembro de 2009 – BA); os resumos do 10º Congresso, onde é possível observar um aumento expressivo no número de trabalhos, se referem em grande parte, as experiências do VER-SUS/Brasil 2011-2012, também apresentando outras modalidades de VER-SUS. É necessário informar que no último congresso da Rede Unida analisado houve um evento específico para apresentação de trabalhos sobre VER-SUS, intitulado Mostra de Experiências VER-SUS/Brasil, que contemplou 140 trabalhos do total de 148 apresentados em todo o 10º Congresso (MARANHÃO, 2013, p.8).

Maranhão (2013) classificou então os artigos com base nas ênfases de estudo vindo a elaborar o seguinte gráfico com base nos assuntos abordados nos mesmos:

Ilustração 1: Gráfico dos resumos sobre o VER-SUS nos Congressos Rede Unida



Fonte: Congressos Rede Unida – 6º ao 10º- junho de 2013. Elaboração: Maranhão, 2013.

Após esta breve revisão bibliográfica de como vem sendo abordado o VER-SUS em termos acadêmicos; percebemos que existem algumas contribuições que nossa análise sociológica poderia discorrer sobre as articulações ideológicas que os sujeitos partícipes deste denominado projeto político enunciam discursivamente.

Pelo que se percebe, através da revisão bibliográfica empreendida por Maranhão (2013), ainda não foi proposto uma análise que indicasse os graus discursivos de “relacionabilidade” do VER-SUS, conforme propõe Bell (2008, p.18), mas apenas “generalizações” acerca das articulações ideológicas com que o denominado projeto político possibilita ou restringe em termos da formação profissional no campo da saúde e suas articulações discursivas junto aos aparatos institucionais presentes neste contexto.

A relevância social da presente pesquisa evidencia-se pelas próprias implicações que denominados projetos políticos de formação profissional incorrem em termos sociais. Segundo os idealizadores (FERLA et. al., 2013, p.7, grifos nossos) do VER-SUS, as vivências se “caracterizam por permitir espaços de encontros entre estudantes e determinadas realidades, de modo que os mesmos possam refletir sobre as *ações sociais* ali desencadeadas”:

Apresentam característica de imersão, na qual determinado grupo de estudantes convive por um período de tempo (aproximadamente 15 dias) em um mesmo espaço físico, com a expectativa de que a cotidianidade imprima uma marca fundamental à vivência. Este processo utiliza metodologias ativas de ensino-aprendizagem, facilitadas por um estudante qualificado previamente por experiência de estágio de vivência ou por envolvimento nas causas sociais do movimento estudantil (FERLA et al., 2013, p.7).

Existem diversas pesquisas acadêmicas sendo realizadas e outras sendo avaliadas e / ou publicadas que se posicionam na grande maioria dos casos na posição de validação e de anuência perante programas e projetos políticos de educação acadêmica e similares na área da saúde tais como o VER-SUS. Entretanto, das pesquisas de que temos conhecimento, tanto das realizadas como das que estão sendo avaliadas e / ou publicadas, não conhecemos nenhuma que tenha se proposto um olhar sociológico sobre as implicações discursivas e ideológicas que tais propostas engendram com relação aos modos de organização coletiva dos estudantes que participam destas mesmas propostas e suas relações com os aparatos institucionais.

Aproximações teóricas e de análise partindo de estudiosos do campo da saúde, em suas diversas origens disciplinares e profissionais, discorrem em algumas pesquisas sobre as implicações da educação universitária no campo da saúde. Mas poucas se propõem, por meio dos sujeitos implicados em tais propostas públicas ou institucionais, analisar as enunciações que os mesmos concebem quanto às implicações discursivas e ideológicas que os aparatos estatais, universitários e sociais possibilitam ou restringem em perspectiva social.

As produções científicas que partem de abordagens sociológicas para analisarem o campo da saúde fomentam possibilidades ampliadas de concepção teórica e práticas das ações sanitárias. O papel que as Ciências Sociais desempenharam ao enunciar as apropriações ideológicas e discursivas com as quais os aparatos institucionais hegemonizaram as práticas junto ao campo da saúde é evidente tendo em vista a vasta bibliografia com a qual nos defrontamos e brevemente faremos menção ao longo da presente elaboração. A análise aqui empreendida do VER-SUS buscou evidenciar a fundamentação teórica, conceitual e historiográfica do campo da saúde e de suas relações com a formação profissional em saúde com a qual nos identificamos para então desenvolver nossa metodologia e análise dos dados.

No primeiro capítulo denominado “*A Saúde e O Social em Ampliação*” explicitaremos uma espécie de “breve estado da arte” dos diversos autores e correspondentes obras e teorias que serviram como referencial mínimo e aproximado para nossas reflexões durante a pesquisa. Como explicitamos anteriormente, por meio da perspectiva pós-estrutural que adotamos, não iremos rechaçar determinadas posições teóricas em detrimento de outras. É claro que assumimos uma posição teórica simplesmente pelo fato de optarmos pela Teoria do Discurso em detrimento de outras teorias possíveis que poderíamos ter optado para proceder à pesquisa. Entretanto, ao contrário de ser a favor disto e contra aquilo como é recorrente nas produções sociológicas ou de outros campos do conhecimento humano, preferimos a posição do pós-estruturalismo que “não é contra isto ou favor daquilo – de uma vez por todas (WILLIAMS, 2012, p.17)” deixando margem para outras possibilidades de pesquisas práticas ou teóricas que tenha por base o mesmo campo do social ora pesquisado possam ocorrer.

No segundo capítulo denominado “*As Formações e as Articulações Discursivas e Ideológicas*” apresentaremos o debate conceitual sobre as categorias da Teoria do Discurso que utilizaremos em perspectiva pós-estrutural para a análise posterior dos dados. Elucidaremos alguns meandros conceituais nos quais a Teoria do Discurso se fundamenta através de autores como Pêcheux, Althusser, Foucault, Laclau, Mouffe e outros que estabelecem as categorias fundamentais de formação discursiva – FD e formação ideológica – FI; e as categorias que propomos de articulação discursiva - ADI e articulação ideológica – AID como noções presentes em nossos objetivos de pesquisa.

No terceiro capítulo denominado “*A Hegemonia na Formação dos Trabalhadores em Saúde*”, o contexto hegemônico da formação profissional em saúde (na qual o VER-SUS estabelece relações) será apresentado em suas implicações historiográficas contraditórias. Os discursos teóricos e práticos que os aparatos institucionais estatais, universitários, sociais e outros possíveis engendram junto ao vazio social da formação sanitária serão abordados com a devida historicidade que lhe é necessária para compreensão do contexto tratado aqui.

No quarto capítulo denominado “*As Articulações na Formação dos Trabalhadores em Saúde*”, as tentativas de articulações ideológicas antagônicas a hegemonia da formação profissional em saúde (na qual se considera o VER-SUS estar inserido) serão apresentadas em suas insurgências historiográficas. Os discursos teóricos e práticos que os sujeitos, coletivos e movimentos sociais de saúde articularam discursivamente junto ao vazio social da formação sanitária serão abordados com a devida historicidade que lhe é necessária para compreensão do contexto tratado aqui.

No quinto capítulo denominado “*Análise dos Discursos Vivenciais*”, apresentaremos a abordagem metodológica e correspondentes estratégias de pesquisa utilizadas. Evidenciaremos porque consideramos a abordagem de pesquisa qualitativa da Análise do Discurso - AD na perspectiva teórica ampla da Análise Crítica do Discurso - ACD mais adequada para alcançarmos os objetivos propostos tendo em vista nosso contexto de pesquisa.

Por fim, no sexto capítulo denominado “*Vivências e Estágios enquanto Prática Discursiva*” procederemos à articulação das premissas teóricas, conceituais e historiográficas para que juntamente com a abordagem metodológica utilizada possamos responder aos objetivos traçados nesta pesquisa analisando discursivamente e de forma crítica os dados obtidos junto ao campo de pesquisa delineado. Para apresentarmos de forma mais didática a apresentação de nossas análises preferimos subdividir o sexto capítulo em dois subcapítulos “*Vivenciais Observações Participantes*” e “*Vivenciais Entrevistas Semiestruturadas*” para que possamos recobrir as duas estratégias de obtenção dos dados que utilizamos.

Poderemos notar ao longo deste trabalho que nossa perspectiva ampliada dos conceitos de saúde, doença, público, privado, formação e demais significantes do campo sanitário se inserem na abordagem sociológica das relações políticas de modo indissociável. O desenvolvimento de articulações discursivas e ideológicas promovidas junto aos contextos da Saúde Pública e da Saúde Coletiva antagonizam-se com formações discursivas e ideológicas dos modelos sanitários existentes abrindo margem para inúmeras práticas do político e da política na disputa destes elementos.

1. A SAÚDE E O SOCIAL EM AMPLIAÇÃO

A explicitação dos campos teóricos e discursivos dos quais se estruturam as pesquisas empíricas vem sendo relegados a segundo plano no modelo de produção acadêmica usual em nosso país. O presente capítulo apresentado intenta ir ao contra sentido dessa forma de proceder em termos acadêmicos. Conforme mencionamos no introduzir da presente dissertação, arriscaremos explicitar um “breve estado da arte” dos diversos autores e correspondentes obras e teorias que serviram como referencial mínimo e aproximado para nossas reflexões durante a pesquisa empreendida.

No primeiro subcapítulo intitulado “*Delimitações elementares da saúde e do social*” trataremos de como os autores clássicos das Ciências Sociais delimitaram ou não o campo da saúde em suas pesquisas sociológicas. Sabemos que o vazio discursivo inicial das Ciências Sociais em discorrer sobre o campo da saúde, implicou que outros campos do conhecimento humano tomassem a si a função de discursarem em termos práticos, sobre o nexos articulado de saúde e doença nas implicações sociais junto aos sujeitos e suas relações. Apresentaremos sucintamente como este vazio discursivo foi sendo gradativamente locupletado com discursos que provieram do positivismo, do funcionalismo, do compreensivismo, do materialismo, da fenomenologia, do estruturalismo e demais escolas sociológicas assim denominadas.

No segundo subcapítulo intitulado “*Irrupções do campo da saúde no discurso do social*” apresentaremos sucintamente como toda uma geração de autores, em sua grande maioria francesa, através da influência irruptiva de Georges Canguilhem (1904-1995), começaram a estabelecer articulações discursivas entre o campo da saúde com aportes teóricos e conceituais advindos das Ciências Sociais e dos demais campos disciplinares correlatos. Apresentaremos também como a perspectiva estruturalista da linguagem e da enunciação foram importantes para modificar a forma de abordagem destes mesmos autores e de suas obras ainda hoje importantes para qualquer pesquisa sociológica do campo da saúde.

Por fim, no terceiro subcapítulo intitulado “*Ampliações conceituais do social junto ao campo da saúde*”, elucidaremos justamente a perspectiva que os a articulação discursiva dos aportes conceituais e teóricos que as Ciências Sociais legaram ao que veio a ser denominado como o campo disciplinar da Saúde Coletiva, em aprimoramento dos debates que surgiram junto ao campo da Saúde Pública, e toda uma leva de autores que se utilizaram de tais referenciais para desenvolverem pesquisas e instrumentos que propiciaram a constituição do Sistema Único de Saúde em nosso país.

1.1 DELIMITAÇÕES ELEMENTARES DA SAÚDE E DO SOCIAL

Os limites entre determinados conceitos são indelimitáveis se levarmos realmente em consideração o que os mesmos em suas perspectivas ampliadas de significação pretendem expressar. Conceitos como *social* e *saúde* são conceitos dessa magnitude. A não delimitação dos mesmos, entretanto não deve ser considerado um problema ou ainda como algo a ser delimitado de alguma forma *precária*, antes disso podem ser percebidos como a “alegação de que o *limite é o cerne* (WILLIAMS, 2012, p.15, grifos nossos)”, ou seja, toda tentativa de estabelecer um limite para a saúde e o social evidenciam a infinidade de *articulações discursivas e ideológicas* possíveis que já tentaram dar conta da *significação* de ambos.

A relação entre saúde e social se demonstra um cerne emblemático de problematizações fecundas para qualquer pesquisa que tente abordar as articulações que ambos os conceitos mobilizam entre si enquanto categorias do entendimento humano. Nas Ciências Sociais, a aparente ausência de estudos clássicos que constituíssem um fundamento basilar para estabelecer relações com o pensar sobre o campo da saúde, legou um *vazio discursivo* que só foi superado um século após o nascimento das disciplinas sociológicas:

Como tem sido salientado pelos estudiosos, a primeira observação que sobressai quando se inicia a análise das Ciências Sociais em saúde, particularmente da sociologia, é que os nossos clássicos Comte, Marx, Durkheim, mesmo quando trataram de temas voltados para a doença e a medicina, não fizeram dessa experiência a centralidade de seus objetos de reflexão e estudos; há, portanto, a falta de uma tradição clássica para esta área, quando comparada aos outros campos temáticos da sociologia. Diversos autores observam que todos os sociólogos, antes de Parsons, teóricos importantes, ignoraram a medicina como uma instituição social, mesmo considerando que alguns deles fizeram incursões sobre a saúde e a doença, como o próprio Comte; ou Max Weber, que organizou e administrou hospitais em Heidelberg no início da Primeira Guerra; Emile Durkheim, que escreveu uma obra fundamental na sociologia – *O Suicídio*, que hoje reconheceríamos como um intento de associar a sociologia e a epidemiologia –, e Marx e Engels, que escreveram sobre a saúde e a doença das classes trabalhadoras relacionadas às condições de vida e de trabalho, para citarmos os mais conhecidos. Esses trabalhos não levaram ao desenvolvimento de uma sociologia da saúde e da doença (NUNES, 2005, p.20).

Os autores considerados clássicos e basilares para as Ciências Sociais como Karl Marx (1818-1883), Émile Durkheim (1858-1917) e Max Weber (1864-1920) ao não terem colocado as questões de saúde e doença na centralidade de suas obras e teorias, indiretamente contribuíram para que o surgimento de uma Sociologia da Saúde ainda levasse certo tempo para se constituir enquanto campo de teoria, pesquisa e prática. Por outro lado a Medicina, enquanto campo disciplinar fundante do campo da saúde, já em 1848 dava os primeiros indícios de querer pensar o social partindo de seus próprios pressupostos de conhecimento:

Mil oitocentos e quarenta e oito (1848) é o ano do nascimento do conceito de medicina social. É também o ano dos grandes movimentos revolucionários na Europa. Da mesma forma que as revoluções, o conceito de medicina social surge quase simultaneamente em vários países europeus. Salomon Neuman e Rudolf Virchow falam de medicina social na Alemanha; Jules Guérin, na França; William Farr, na Inglaterra; Francisco Puccinotti na Itália. É também o ano dos poetas políticos: Heinrich Heine e Lamartine. Que relação existe entre todos estes **acontecimentos**? (GÁRCIA, 1989, p.159, grifo nosso).

A relação que percebemos entre todos estes *acontecimentos* é o mesmo que faz com que a Ciências Sociais floresça enquanto campo disciplinar. O marco é o florescimento do capitalismo que engendra uma série de *condicionantes sociais* que começam a interferir não somente nas condições de saúde dos indivíduos, como também começa a mobilizar ações dos aparatos estatais e sociais com vistas a conservar (e/ou transformar?) as condições de exploração com o mínimo (e/ou o máximo?) de *antagonismo* societário dos sujeitos.

Mesmo com a publicação de obras sociológicas importantes como *A situação da classe trabalhadora na Inglaterra*² (1975) por Friedrich Engels (1820-1895), que já denunciavam as péssimas condições de saúde dos trabalhadores (obra que até hoje serve de referência bibliográfica para alguns cursos do campo da saúde), alguns anos antes das manifestações trabalhistas que abalaram a Europa em 1848 e anos posteriores; uma abordagem sociológica sobre a articulação entre saúde e doença ainda seriam tratadas de forma positivista por longo período. Como já remontamos em nosso estudo anterior (FÜHR, 2013, p.17), o nexos articulado entre saúde e doença remonta discursivamente de alguns escritos publicados por alguns médicos famosos³ no início da Idade Moderna, como Bernardino Ramazzini (1643-1714):

No discurso médico oficial anterior ao século XVIII, não se estabelece uma relação clara entre saúde e trabalho somente no capitalismo a medicina relacionará estes dois conceitos. É com Ramazzini que surgem entidades nosológicas que irão referir-se especificamente ao trabalho (GÁRCIA, 1989, p.100).

Conforme Illich (1975, p.146) nos lembra, mesmo Ramazzini tendo sido importante para os primórdios da medicina ocupacional através de sua obra mais consagrada *De Morbis Artificum Diatriba* (latim = Palestra das doenças artesãs), meio século após sua morte, “por volta de 1770 o oniprático ainda não conhecia outras doenças além da peste e da varíola, por volta de 1860, o homem da rua podia citar ao menos uma dúzia com a sua denominação médica”. A ascensão do capitalismo, portanto tornou o nexos saúde – doença uma categoria.

² Publicada na Inglaterra em 1845.

³ Theophrastus Bombastus von Hohenheim (1493-1541), Georg Bauer (1494-1555), Thomas Sydenham (1624-1689), Bernardino Ramazzini (1643-1714), Adalberto Pazzini (1898-1975) entre outros.

Parafraseamos novamente uma das poucas passagens de Marx (1985, p.141) sobre o conceito de saúde, se “(...) o proprietário da força de trabalho hoje, ele deve poder repetir o mesmo processo amanhã, sob as mesmas condições de força e saúde”, ou seja, o proprietário primeiro da força de trabalho, o trabalhador, será categorizado no regime capitalista perante os conhecimentos nosológicos em termos de sua saúde, ou em caso contrário, em termos de sua doença.

Robert Castel (2012, p.12) lembra-nos também que as “populações que dependem de intervenções sociais diferem fundamentalmente pelo fato de serem ou não capazes de trabalhar, e são tratadas de maneira completamente distinta em função de tal critério”, ou seja, os indivíduos não serão apenas criterizados subjetivamente nas suas relações de produção, mas os indivíduos serão também criterizados objetivamente enquanto populações que acessarão ou não determinadas intervenções por parte de aparatos institucionais estatais.

Os campos do social e da saúde sempre estiveram em íntima interdependência mútua e correlata apesar das dicotomias discursivas isolarem articulatoriamente ambas as significações destes conceitos, tentando com isso darem conta de explicar suas especificidades. Os autores que tratam sobre as relações (in)delimitáveis de forma precária, entre o social e a saúde, evidenciam que com o florescimento do capitalismo foram atribuídas normatizações desta relação que até então não estavam estabelecidas.

Ainda segundo Castel (2012, p.314, grifos do autor citado) o “‘social’ é um conjunto de práticas que visa atenuar o *déficit* que caracteriza o estado material, porém mais ainda moral, das classes inferiores da sociedade”, em outras palavras, de um modo geral o *social* apesar de seu aparente estereótipo de práticas contestatórias e transformadoras da realidade societária, serve na grande maioria das vezes como conjunto de práticas discursivas reformistas das condições de exploração e conservação das relações de produção com que os trabalhadores são estabelecidos em contextos de articulação da saúde e da doença.

As concepções sociológicas com que as denominadas escolas positivista e funcionalista legaram evidenciam como que o conjunto de práticas vigentes no social pode servir para a manutenção de determinadas relações com que os indivíduos são estabelecidos entre seus pares na articulação com a saúde e com a doença através do discurso:

Os conceitos centrais do funcionalismo sociológico são congruentes com a posição filosófica do positivismo. (...) A teoria social nos trabalhos de Comte, Durkheim e Parsons não tem ignorado a mudança e o conflito, porém sua análise é insatisfatória ao colocar ênfase sobre fenômenos de integração e estabilidade (GÁRCIA, 1989, p.76).

Auguste Comte (1798-1857) segundo Canguilhem (2000, p.32) “insiste várias vezes sobre a obrigação de determinar previamente o normal e seus verdadeiros limites de variação antes de explorar metodicamente os casos patológicos”, ou seja, para o positivismo o patológico, aquilo que modifica o organismo através das doenças, é a antinomia evidente e natural de qualquer delimitação do normal e conseqüentemente da conceituação de saúde.

Do mesmo modo que Juan César García, importante colaborador da Organização Pan-Americana de Saúde – OPAS (citado acima), Minayo (2000) também percebe similaridades entre as concepções do que se convencionou denominar como a escola positivista e a escola funcionalista junto as Ciências Sociais no que se refere à saúde:

Os conceitos centrais do funcionalismo (sistema, subsistema, estrutura, função, adaptação, integração, desvio, consenso etc.) são coerentes com o positivismo sociológico, para quem as leis que regem os fenômenos sociais são intemporais, invariáveis e tendentes à estabilidade e à coesão. A implicação metodológica de ambos (positivismo sociológico e o funcionalismo como uma de suas variantes) é que as totalidades funcionais, ainda que a investigação não seja de orientação empiricista, sejam repetidas dentro das condições empíricas de produção dos fenômenos. Sua empresa principal é reproduzir as condições globais da existência social de qualquer grupo, *descrevendo-as* em sua complexidade, diversidade e movimento integrativo, de tal forma que possam ser comparadas (MINAYO, 2000, p.47, grifos do autor citado).

A *descrição* é com certeza uma importante etapa de qualquer pesquisa sociológica. As premissas de uma boa descrição sociológica foram legadas pelo positivismo e aprimoradas pelo funcionalismo. Conforme nos aponta García (1989, p.75), o norte-americano Talcott Parsons (1902-1979), denominado como funcionalista, foi um dos primeiros autores das Ciências Sociais a refletir sobre aspectos específicos do campo da saúde. Como apontamos anteriormente, os autores clássicos das Ciências Sociais não deixaram de abordar indiretamente questões do campo da saúde, mas essas questões não consistiam na centralidade de suas teorizações. Parsons igualmente não publicou nenhuma obra cuja centralidade fosse à saúde, mas em seu livro *The Social System*⁴ (1951), em função da abrangência que seus esquemas explicativos pretendiam alcançar, fazia menções importantes sobre suas concepções articuladas entre saúde - doença e das implicações da prática médica sobre estas:

Para Parsons (1951), “a prática médica orienta-se para superar as alterações da saúde do indivíduo, vale dizer, a doença”. Como a prática médica é considerada um “mecanismo” do sistema social para medir forças com as doenças de seus membros, o ponto de partida para defini-la é, portanto, a análise da doença (GÁRCIA, 1989, p.75).

⁴ Do inglês = O Sistema Social.

A escola funcionalista então não deixa de ser um marco no diálogo entre o campo do social e o campo da saúde. O funcionalismo, segundo Minayo (2000), apresenta os primeiros indícios de que as práticas e as teorias médicas possam ser assessoradas e complementadas por pressupostos das Ciências Sociais:

A doença é definida por Parsons (1951) como um “estado de perturbação do funcionamento normal do indivíduo humano total, compreendendo-se o estado do organismo como sistema biológico e o estado de seus ajustamentos pessoal e social”. A doença é definida, pois, em parte biologicamente e em parte socialmente. A doença não seria um perigo “externo”, mas parte integral do próprio equilíbrio social e é considerada um modo de resposta às pressões sociais, entre outras coisas, uma maneira de evitar responsabilidades (GÁRCIA, 1989, p.75).

A insuficiência do denominado funcionalismo como apontam alguns autores, se daria ao não superar de fato a articulação dicotômica entre saúde e doença. Pelo contrário, ao invés de principiar pelos esquemas positivos da saúde tal como é pressuposto pelo positivismo, no funcionalismo o princípio se orientaria pela relativização da doença como parte integrante do equilíbrio social necessário.

1.3 AMPLIAÇÕES CONCEITUAIS DO SOCIAL JUNTO AO CAMPO DA SAÚDE

Discorrendo sobre os conceitos do social e dos nexos articulados de saúde e doença, não podemos deixar de lembrar novamente que em 1948, alguns anos antes da publicação citada de Parsons, a Organização Mundial da Saúde – OMS já tentava superar as recorrentes concepções estreitas de saúde em oposição à doença. Assim a OMS começa a defender a concepção de saúde como um “estado de completo bem-estar físico, mental e social”. Apesar da aparente superação da antiga articulação entre saúde e doença, Lefèvre (1999, p.21) nos aponta que na verdade a OMS “continuou vinculado, como se fazia e se continua fazendo, a saúde à doença. Isso porque ‘bem-estar’ é ausência de ‘mal-estar’, e ‘mal-estar’ é doença”. Essa indicação de Lefèvre nos permite refletir e lembrar que para além das escolas positivistas e funcionalistas assim denominadas, existiram outras escolas sociológicas que começaram a desenvolver estudos no campo da saúde. Escolas que assim como Lefèvre fez com o conceito de saúde da OMS, refletem sobre o significado e a intencionalidade dos fenômenos sociais:

Uma segunda visão do mundo que tem tido profunda influência na construção do conhecimento da realidade, inclusive na interpretação das relações entre medicina e sociedade, é a chamada *Sociologia Compreensiva*. Ela privilegia a compreensão e a inteligibilidade como propriedades específicas dos fenômenos sociais, mostrando que o *significado* e a *intencionalidade* os separam dos fenômenos (...) (MINAYO, 2000, p.50, grifos da autora citada).

Conforme Minayo (2000) nos indica, além da Sociologia Compreensiva de inspiração weberiana, também existiram outras escolas sociológicas que foram denominadas das mais diversas formas, e que também promoveram pesquisas e teorização no campo da saúde como o interacionismo, a fenomenologia, o materialismo, entre outras possíveis denominações.

A fenomenologia, por exemplo, apesar de alguns autores como García (1989, p.95), indicarem perda de sua influência nos estudos sociológicos do campo da saúde, ainda é uma influente escola de pensamento conforme qualquer busca em portais de publicações científicas evidencia. Ainda conforme García (1989, p.74) a “(...) escola fenomenológica norte-americana em ciências sociais filia-se à corrente neokantiana fundada por Edmundo Husserl (1859-1938) e se apoia nas contribuições de Alfred Schutz (1899-1959)”, ou seja, a fenomenologia conforme a referência citada seria uma vertente idealista do pensamento humano que concebe a primazia do pensamento em relação ao ser.

No período em que Husserl publicou suas obras mais famosas e influentes perante os contemporâneos estudos fenomenológicos do campo da saúde, como *Meditações cartesianas: introdução à fenomenologia*⁵ (1985), *A ideia da fenomenologia*⁶ (1986) e *A crise da humanidade europeia e a filosofia*⁷ (2002), o neokantismo enquanto corrente de pensamento idealista, ainda era muito influente na Alemanha. Esta influência naturalmente interferiu nos escritos husserlianos.

A posição da fenomenologia em relação à objetividade científica é resultado de sua concepção sobre a origem do conhecimento. (...). Segundo Husserl, o significado somente pode ser entendido subjetivamente, pois afasta a possibilidade de separar o observador do observado. A verdade nunca é uma característica das sensações de um indivíduo, sempre será reconhecida no conhecimento dos membros de uma comunidade (GÁRCIA, 1989, p.89).

Apesar de outras vertentes sociológicas direcionarem críticas sagazes, perante os pressupostos e as atuais aplicações com que as concepções fenomenológicas se propõem, muitas destas vertentes, como as correntes neomarxistas e outras, reconhecem o papel que a fenomenologia legou no estudo da importância dos *significados* compartilhados e o reconhecimento pela comunidade científica implicam em qualquer pesquisa desenvolvida. As críticas mais sagazes que a fenomenologia recebeu provieram justamente dos marxistas:

⁵ Publicada originalmente em francês no ano de 1931 sob o título *Méditations cartésiennes*.

⁶ Publicada originalmente em alemão no ano de 1913 sob o título *Ideen zu einer reinen Phänomenologie und phänomenologischen*.

⁷ Publicada originalmente em alemão no ano de 1936 sob o título *Die Krisis der europäischen Wissenschaften und die Phänomenologie: Eine Einleitung in die phänomenologie Philosophie*.

A crítica à abordagem fenomenológica no campo da saúde veio particularmente dos marxistas, companheiros de caminhada dos primeiros momentos. Segundo eles, as propostas dos fenomenólogos abriram o flanco para uma acomodação e posterior assimilação e uso pelo Estado capitalista, das alternativas em questão. Assim em lugar de radicalizarem mudanças, tornaram-se conservadores (MINAYO, 2000, p.62).

Segundo Minayo (2000) dentre as propostas fenomenológicas mais criticadas pelos ferrenhos marxistas estão: os questionamentos exacerbados dos autores fenomenólogos ao papel do Estado, a justificativa no incremento de grupos privados referentes às questões de saúde e a defesa de formas voluntaristas de ações na saúde que desobrigariam os poderes públicos e os interesses capitalistas de suas contrapartidas perante a classe trabalhadora. Outros autores com García (1989, p.90) endossam essas críticas direcionadas à fenomenologia, ao postular que os fenomenólogos chegam a ser considerados reacionários por parte de outros pesquisadores do campo da saúde justamente em função destas posições defendidas a partir da década de 1970 em suas obras e estudos de pesquisa:

É a partir desta posição que os fenomenologistas se identificam nos anos 70 com os grupos minoritários, criticando o Estado, as instituições médicas, a ciência positivista etc. e adquirem o qualitativo de “radical”. Sem dúvida sua concepção epistemológica contém elementos que irão levá-los a uma posição claramente reacionária nos fins dos anos 70 e começo dos 80 (GÁRCIA, 1989, p.90).

Como apontado anteriormente, apesar do aparente recrudescimento dos estudos fenomenológicos no campo da saúde, os mesmos ainda são muito influentes em determinadas frentes de pesquisa servindo hoje em dia de apoio à política da saúde de vários governos dos países capitalistas como nos Estados Unidos da América – EUA. Pesquisadoras contemporâneas como Jennifer Prah Ruger⁸ são exemplos de autores contemporâneos alinhados com esta perspectiva fenomenológica em que é questionado o papel do Estado e onde se defende uma interferência mínima das instâncias públicas em questões de saúde como o aborto, o uso das drogas e outras questões sanitárias polêmicas e nefrálgicas:

Uma abordagem de *capacidade* para determinantes sociais de saúde, dessa forma, reconhece a importância de dirigir as necessidades em múltiplas frentes, em múltiplos domínios de política que afetam todos os seus determinantes e não somente as desigualdades socioeconômicas. Isso enfatiza a integração das políticas públicas dentro de um conjunto abrangente de estratégias através de uma pluralidade de instituições e comumente denominadas intersectorialidade (RABELLO, 2010, p. 88, grifo nosso).

⁸ Pesquisadora no Instituto Nacional de Saúde dos EUA e de outros reconhecidos institutos norte-americanos, autora do livro *Health and Social Justice* (inglês = Saúde e Justiça Social) que conferenciou no XIV Simpósio Internacional do Instituto Humanitas Unisinos – IHU com o painel “Paradigma da Capacitação em Saúde”.

Imiscuindo autores do porte de John Stuart Mill (1806-1873) e Adam Smith (1723-1790), assim como Ruger o fez em sua conferência, os autores adeptos da concepção fenomenológica, por meio de seus estudos, acabam atualmente endossando o apoio à política “(...) do *supply side*⁹ que tenta substituir o Estado de Bem-Estar, mediante a conversão do consumidor da assistência médica em provedor desta, através do autocuidado e de sua participação nas estruturas mediadoras (GÁRCIA, 1989, p.94)”. Oculto por detrás do termo significante da *capacitação* ou da *capacidade*, autores fenomenólogos contemporâneos formulam discursos teóricos com intencionalidades práticas que delegam aos indivíduos a responsabilidade por suas próprias condições de saúde. Parecem esquecer com esta formulação teórica que o contexto social também influencia, para além dos limites daquilo que o próprio indivíduo pode ser responsabilizado em termos de sua condição sanitária.

Por outro lado temos que compreender que o contexto de atuação e pesquisa da pesquisadora Ruger e de seus colegas norte-americanos é um universo em que o “(...) funcionalismo sociológico, predominante do mundo acadêmico norte-americano, coloca-se dentro da corrente neopositivista, embora incorpore certos conceitos da sociologia neokantiana (GÁRCIA, 1989, p.74)”. A produção de conhecimento no campo da saúde norte-americano é bem rarefeita para estudos que tencionem se utilizar de outras abordagens teóricas e sociológicas que fujam das orientações neopositivistas ou neokantianas dominantes. Autores da abordagem materialista enfrentaram grandes dificuldades na primeira metade do século XX para poderem divulgar seus estudos sociológicos sobre o campo da saúde, ainda mais na comunidade acadêmica norte-americana:

Autores como Sigerist, Milton Terry e, especialmente Bernhardt Stern são os representantes mais conhecidos. A relação da medicina com a sociedade se estabelece, para este grupo de autores, mediante o vínculo da medicina com o desenvolvimento das forças produtivas (GÁRCIA, 1989, p.78-80).

O materialismo enquanto “(...) corrente filosófica que reconhece o caráter primário da matéria, a natureza, a realidade objetiva e considera a consciência uma propriedade da matéria (GÁRCIA, 1989, p.77)” deu seus primeiros passos no diálogo com o campo da saúde através da contribuição dos norte-americanos: Henry Ernest Sigerist (1891-1957), Bernhardt Joseph Stern (1894-1956) e Milton Terry (1915-2002). Assim como a fenomenologia, o materialismo é uma preponderante escola sociológica em termos de estudos desenvolvidos no campo da saúde. Com trajetória iniciado por estudiosos norte-americanos, ainda hoje conta com vasta produção acadêmica e científica:

⁹ Do inglês = “do lado da oferta”, ou seja, da concepção econômica que defende a lei da oferta e da procura.

A medicina tanto como uma ciência como uma profissão, está inextricavelmente ligada ao processo social e ao desenvolvimento científico em outros campos. A abordagem tradicional de estudar a medicina como uma disciplina única tem, como regra, violado a realidade, ignorando o essencial de todas as relações importantes da medicina com as condições socioeconômicas, com as atitudes sociais prevalentes e com outras disciplinas científicas (STERN, 1941 *apud* GÁRCIA, 1989, p.80).

Conforme García (1989, p.80) nos explica, os “(...) estudos históricos de Stern e de Sigerist são bons exemplos da importância que se dá ao ‘tecnicismo’ e ao papel que desempenham o médico, a medicina e os instrumentos no progresso social”. Entre outras palavras, a ênfase que os primeiros autores importantes do materialismo (e neste caso os norte-americanos como Terry, Stern, Sigerist e outros) propunham em suas análises se atinham por primazia nas forças produtivas. Obras como *Society and medical progress*¹⁰ (1941) de Stern ou *Civilization and disease*¹¹ (1943) de Sigerist são desse modo, exemplos importantes de obras da escola materialista no que se refere à ênfase nas forças de produção:

A história demonstra sobejamente como a avareza e alienação do homem tem brutalizado tanto o trabalho que, em lugar de recompensar-nos com saúde, muitas vezes nos castiga com doenças. O trabalho pode ser prejudicial quantitativa e qualitativamente (SIGERIST, 1946, p.59 *apud* GÁRCIA, 1989, p.103).

Especificando o enfoque nas forças de produção ao abordar a escola materialista e suas concepções sociológicas de analisar o campo da saúde, tendo em vista a dicotomia que García (1989, p.78) aponta entre a tendência e a posição que Terry, Stern, Sigerist e outros adotam em dar “(...) maior ênfase ao desenvolvimento das forças produtivas e outra que dá maior importância à vinculação da medicina com as relações de produção” onde outros autores estariam inseridos conforme sua classificação:

Um grupo variado de marxistas dá primazia às relações de produção sobre as forças produtivas. (...). Estes autores derivam sua inspiração de Hegel e das proposições do jovem Marx e do jovem Engels e, mais recentemente, de Luckács e autores como Adorno, Habermas, Marcuse e outros pertencentes à Escola de Frankfurt. Esta corrente dá grande importância à instância ideológica, à consciência, à legitimidades e ao papel mediador das instituições e das ideias e, com respeito à relação homem-natureza, acentua a dependência que tem a realidade natural da sociedade (GÁRCIA, 1989, p.83).

Como podemos perceber existe uma gama muito mais abrangente de autores que são considerados materialistas e que estudam o campo da saúde tendo em vista a ênfase nas relações de produção e não nas forças produtivas tal como o fizeram Sigerist, Stern e Terry.

¹⁰ Do inglês=Sociedade e progresso médico publicado inicialmente nos EUA em 1927.

¹¹ Do inglês=Civilização e doenças. Publicada também em 1946 no México sob título *Civilización y enfermedad*.

De qualquer modo a escola materialista ao lançar seu olhar sociológico sobre o campo da saúde tenciona sempre evidenciar o aspecto duplo do trabalho sobre o processo de saúde e da doença, independente de sua ênfase nas forças produtivas, tal como Sigerist, “(...) um dos poucos autores no campo médico que reconhece o caráter contraditório do trabalho ao produzir saúde e doença (...) (GÁRCIA, 1989, p.102)”; ou sua ênfase nas relações de produção tal como Polack que “(...) sustenta que a medicina estaria determinada pela totalidade do social, e que, portanto esta mudaria seu discurso e sua prática dependendo da instância que, em determinado momento, fosse predominante nessa totalidade (GÁRCIA, 1989, p.84)”. Importante autor denominado materialista, Jean-Claude Polack (1936-), autor de *La medicina del capital*¹² (1974), pontua a importância de se estudar a *linguagem* e seus aspectos justamente para evidenciar a superfície e os limites da prática médica e outras práticas existentes junto ao campo da saúde.

Nada seria mais simplista que traçar as linhas que, ligando o discurso da medicina às situações econômicas, comporiam uma estrutura compartimentada de determinações unívocas, na qual a *linguagem* médica representaria o último termo e a superfície. É um método muito diferente, o que possibilita a fecundidade da análise estruturalista, quando faz de seu signo e de suas vicissitudes o suporte universal de um conjunto, e na qual cada elemento pode representar, em seu momento, papel principal (POLACK, 1974 *apud* GÁRCIA, 1989, p.83, grifo nosso).

Polack além de materialista é considerado um autor estruturalista como sua própria citação indica. García (1989, p.86) postula que o “(...) *estruturalismo* aparece (...) em uma série de ciências, como uma orientação metodológica importante, especialmente dentro da corrente marxista”, ou seja, dentro das concepções correlatas as vertentes do materialismo. Mas o estruturalismo não foi somente influente dentro do campo teórico materialista. O estruturalismo por se “aberto à mudança quando as estruturas observadas mudam (WILLIAMS, 2012, p.14)” possibilitou que muitos autores repensassem suas pesquisas e escopos teóricos conseguindo abranger as implicações que tal abordagem possibilitava não somente nas análises do campo da saúde, mas também de um modo geral outros campos:

O estruturalismo foi muito importante. Pela primeira vez, uma ciência social se impôs como disciplina respeitável, e até dominante. Lévi-Strauss, que batizou sua ciência de antropologia, em vez de etnologia, reunindo o sentido anglo-saxão e o velho sentido filosófico alemão – Foucault traduziu, quase no mesmo momento, a *Anthropologie*, de Kant –, enobreceu a ciência do homem, assim constituída, graças à referência a Saussure e à linguística, como ciência real, à qual os próprios filósofos eram obrigados a se referir (BOURDIEU, 1990, p.18).

¹² Publicada originalmente em francês no ano de 1971 sob o título *La Médecine du capital*.

Por ser considerado muito mais uma forma de pensamento do que uma escola teórica propriamente dita, o estruturalismo como mencionamos, implicou e influenciou autores em diferentes perspectivas de estudo que foram denominados estruturalistas como: Edward Sapir (1884-1939), Leonard Bloomfield (1887-1949), Claude Lévi-Strauss (1908-2009), Zeling Harris (1909-1992), Charles Hockett (1906-2000) e outros só para citar alguns teóricos com que não nos deteremos. De um modo geral, o estruturalismo proveio de um diálogo fecundo entre a Antropologia e a Linguística em seus *limites* disciplinares. Algumas objeções ao pensamento estrutural fizeram com que muito autores preferissem utilizar o termo “virada linguística” ou “giro linguístico” em vez do termo “estruturalismo” propriamente dito. Independente do termo utilizado, o “giro linguístico” ou a “virada linguística” “foi precipitada por críticas ao positivismo, pelo prodigioso impacto das ideias estruturalistas e pós-estruturalistas e pelos ataques pós-modernistas à epistemologia (BAUER; GASKELL, 2002, p.245)”:

“Giro linguístico” e uma expressão que esteve em moda nos anos 1970 e 1980 para designar uma certa mudança que ocorreu na filosofia e em várias ciências humanas e sociais, e que as estimulou a dar uma atenção maior ao papel desempenhado pela linguagem, tanto nos próprios projetos dessas disciplinas quanto na formação dos fenômenos que elas costumam estudar (GRACIA, 2004, p.19).

Descendendo de várias correntes teóricas que lhe foram anteriores, o giro / virada linguística tem na verdade uma origem muito anterior às décadas de 70 e 80 do século XX. Ela já insinua sua gênese no século XIX com Ferdinand de Saussure que baseado em pressupostos hegelianos vai tencionar estudar a língua *por si mesma e em si mesma*:

A primeira dessas rupturas, liderada por Ferdinand de Saussure (1857-1913), instituiu, na verdade, a linguística moderna, dotando-a de um programa de alguns conceitos e de uma metodologia que viabilizavam o estudo rigoroso da língua considerada “por si mesma e em si mesma” (GRACIA, 2004, p.21).

A segunda contribuição para que o “giro linguístico” viesse a ser concebido, partiu da escola descritivista proposta por Gottlob Frege e Bertrand Russel, que segundo Laclau (2009, p.26), apregoava que os “nomes se referem às coisas através da mediação dos conceitos” e não como a escola anti-descritivista viria a criticar posteriormente formulando que se “aplicamos um nome a um objeto sem que o nome implique em quaisquer características descritivas”:

A segunda ruptura, iniciada por Gottlob Frege (1849- 1925) e por Bertrand Russell (1872-1970), fez com que o olhar da filosofia, até então voltado para o mundo interior e privado das entidades mentais, se voltasse para o mundo passível de ser objetivado e público das produções discursivas. Assentavam-se, assim, as bases para uma nova forma de entender e de praticar a filosofia que, sob a denominação de "filosofia analítica", dominaria o cenário da filosofia anglo-saxã durante mais de meio século (GRACIA, 2004, p.21).

Desse modo a linguística passa a ser mote de interesse de diversas vertentes teóricas e disciplinares que percebem a importância que a linguagem e suas utilizações implicam em seus estudos e formulações. Nas Ciências Sociais e Humanas não foi diferente. Por diferentes influências o giro linguístico influenciou pensadores como Ludwig Wittgenstein (1889-1951), Gilbert Ryle (1900-1976), John Austin (1911-1960), Peter Strawson (1919), Paul Grice (1913-1988), Noam Chomsky (1928-) e outros autores em diferentes perspectivas teóricas:

Os sucessos alcançados pela linguística moderna, tanto no marco da orientação estruturalista iniciada com as contribuições de Ferdinand de Saussure, quanto no marco da orientação generativa elaborada fundamentalmente por Noam Chomsky (1928-) no final dos anos 1950, tiveram ampla repercussão em vastos setores das ciências sociais e humanas que viram na linguística um modelo exemplar ao que podiam recorrer diretamente quando abordavam os objetos de suas próprias disciplinas (GRACIA, 2004, p.21-22).

O giro linguístico mesmo não tendo essa denominação ao final dos anos 1950, influenciará (in)diretamente diferentes vertentes sociológicas, que também não deixariam de desenvolver estudos no campo da saúde. Vai florescer na França neste período uma série de estudos sociológicos que vão demonstrar os efeitos articulatórios da saúde, do social, da linguagem, do poder e de outros campos de pesquisa em seus limites. A tese de doutorado de Canguilhem defendida em plena vigência da 2ª Guerra Mundial (1939-1945), *O Normal e o Patológico*¹³ (1978) irá influenciar uma série de autores eminentes que formularão estudos sobre o campo da saúde e o campo do social nas décadas seguintes:

A doença não é somente desequilíbrio ou desarmonia; ela é também, e talvez sobretudo, o esforço que a natureza exerce no homem para obter um novo equilíbrio. A doença é uma reação generalizada com intenção de cura. O organismo fabrica uma doença para se curar a si próprio (CANGUILHEM, 2000, p.21).

Canguilhem será nomeado em 1948, professor da Sorbonne, assumindo a direção do Instituto de História das Ciências e das Técnicas da Universidade de Paris, posto até então ocupado por Gaston Bachelard (1884-1962). Sua influência será sentida de forma irruptiva junto as produções teóricas de toda uma leva de pensadores do social e do campo da saúde.

¹³ Tese de Doutorado em francês defendida em 1943.

1.2 IRRUPÇÕES DO CAMPO DA SAÚDE NO DISCURSO DO SOCIAL

Diferente de Bachelard (1988, p.43) que defendia “(...) sem nenhuma dúvida que é a dialética e não a continuidade o esquema fundamental”, Canguilhem (2000, p.49-50) propunha em sua tese que a “(...) ideia da continuidade entre o normal e o patológico está, ela própria, em continuidade com a ideia da continuidade entre a vida e a morte, entre a matéria orgânica e a matéria inerte”. Canguilhem, conhecedor de grande parte dos estudos sociológicos sobre o campo da saúde, não percebia a dialética como algo diferente da continuidade entre saúde e doença e a sua articulação no sistema societário vigente em sua época, da mesma forma como propunha a escola materialista norte-americana em suas produções científicas publicadas no mesmo período:

A medicina, disse Sigerist, é uma das ciências mais intimamente ligadas ao conjunto da cultura, já que qualquer transformação nas concepções médicas está condicionada pelas transformações ocorridas nas ideias da época (CANGUILHEM, 2000, p.77).

Canguilhem influenciou direta ou indiretamente toda uma leva de pesquisadores proeminentes do estruturalismo, e do que veio a ser denominado pós-estruturalismo, com os autores franceses: Louis Althusser (1918-1990), Gilles Deleuze (1925-1995), Félix Guattari (1930-1992), Jacques Derrida (1930-2004), Pierre Bourdieu (1930-2002), Robert Castel (1933-2013), Jean-Claude Passeron (1930-), e aquele que talvez tenha sido considerado seu estudante mais iminente - Michel Foucault (1926-1984):

(...) suprimam Canguilhem e vocês não compreenderão mais grande coisa de toda uma série de discussões que ocorreram entre os marxistas franceses: vocês não mais apreenderão o que há de específico em sociólogos como Bourdieu, Castel, Passeron, e o que os marca tão intensamente no campo da sociologia; vocês negligenciarão todo um aspecto do trabalho teórico feito pelos psicanalistas, especialmente os lacanianos. Mais: em todo o debate de ideias que precedeu ou sucedeu o movimento de 1968, é fácil reencontrar o lugar daqueles que direta ou indiretamente, haviam sido formados por Canguilhem (FOUCAULT, 2008, p.353).

Michel Foucault (1926-1984) atento à produção teórica de seu tempo formulou um arcabouço analítico com fortes influências no giro linguístico. Desde sua primeira obra *Doença Mental e Psicologia*¹⁴ (1968) perpassando suas publicações intermediárias que abordam diretamente as instituições do campo da saúde como a *História da Loucura na Idade Clássica* (1978), *O nascimento da clínica* (1994), *O poder psiquiátrico* (2006), o *Nascimento da biopolítica*¹⁵ (2008) e seus posteriores escritos, Foucault estabeleceu importantes referenciais sobre as relações entre o campo do social e o campo da saúde.

¹⁴ Publicada originalmente em francês no ano de 1954.

¹⁵ Publicados originalmente em francês nos anos de 1954, 1961, 1963, 1973-1974 e 1978-1979 respectivamente.

Foucault, assim como muitos pensadores que lhe foram contemporâneos, estabeleceu suas formulações teóricas se posicionando perante os pressupostos que o giro linguístico invocava a partir das distinções que Saussure (2006, p.36) havia preconizado entre a língua e a fala, a sincronia e a diacronia, e entre o significante e o significado; publicizadas na obra *Curso de Linguística Geral*¹⁶:

O laço que une o significante ao significado é arbitrário ou então visto que entendemos por signo o total resultante da associação de um significante com um significado, podemos dizer mais simplesmente: *o signo linguístico é arbitrário*. (...). A palavra *arbitrário* requer também uma observação. Não deve dar a ideia de que o significado dependa da livre escolha do que fala (ver-se-á, mais adiante, que não está ao alcance do indivíduo trocar coisa alguma num signo, uma vez que esteja ele estabelecido num grupo linguístico); queremos dizer que o significante é *imotivado*, isto é, arbitrário em relação ao significado, com o qual não tem nenhum laço natural na realidade (SAUSSURE, 2006, 81-83).

Nem mesmo Jacques-Marie Émile Lacan (1901-1981), cujos seminários eram assistidos por Canguilhem, Foucault, Althusser, Deleuze, Guattari, Derrida e outros importantes autores franceses da época, passou imune de fazer menções aos pressupostos estruturalistas de Saussure. Lacan ao longo de seus seminários vai se utilizar da distinção saussuriana entre significado e significante para formular suas postulações psicanalíticas de distinção entre o real, o simbólico e o imaginário e suas implicações discursivas:

Seguramente, o cuidado que Saussure toma para eliminar de sua análise da linguagem a consideração da articulação motora mostra claramente que ele distingue a sua autonomia. O discurso concreto é a linguagem real, e a linguagem, isso fala. Os registros do simbólico e do imaginário se encontram nos dois outros termos com os quais ele articula a estrutura da linguagem, isto é, o significado e o significante (LACAN, 1985, p.65).

Jacques Derrida em sua obra *Gramatologia*¹⁷ (2004, p.14), considerada a obra fundante da perspectiva pós-estrutural, também utiliza a noção de signo implicando segundo o mesmo na “(...) distinção do significado e do significante, nem que fossem no limite, como diz Saussure, como as duas faces de uma única folha”. Esta distinção principiada em Saussure e presente na maioria das elaborações estruturalistas e pós-estruturalistas evidencia que os discursos percebidos e compreendidos tanto em termos práticos como teóricos podem ter diferentes acepções por parte dos sujeitos em questão no campo da saúde e do social:

¹⁶ Publicado originalmente em francês no ano de 1916 sob o título *Cours de linguistique générale* pelos estudantes Charles Bally e Albert Sechehaye, tendo como base suas próprias anotações e a de seu colega Albert Riedlinger, realizadas durante os cursos ministrados por Ferdinand de Saussure.

¹⁷ Publicada originalmente em francês no ano de 1967 sob o título *Gramatologie*.

(...) Derrida mostra como Saussure está comprometido com uma relação pesadamente determinada entre fala e escrita. Mas Saussure está também comprometido com a noção de arbitrariedade do signo. Ou seja, aquilo que percebemos (o significante) e o significado que compreendemos (o significado) não têm entre si uma relação necessária (WILLIAMS, 2012, p.50).

Coetaneamente a Derrida, Gilles Deleuze publicava *Diferença e Repetição*¹⁸ (2006, p.230) que apesar de postular que na verdade “os conceitos designam tão-somente possibilidades”, percebe-se que também ele pontua os limites e não os centros dos campos disciplinares estruturados como importantes em problematizações e análises sociais a serem desenvolvidas tendo a saúde relacionada ou não:

Para Deleuze a estrutura não é um modelo teórico de uma coisa estruturada. É a razão para a transformação e evolução da coisa. Pós-estruturalismo, num sentido deleuzeano, é, pois, a visão de que a estrutura pode ser vista como o limite do conhecimento de uma coisa, onde tal limite é a condição para a evolução e a intensividade de algo (WILLIAMS, 2012, p.84).

Enquanto Derrida estabelece marcos de distinção entre o que se denominaria estruturalismo e pós-estruturalismo, Deleuze estabelece em sentido contrário a diluição de qualquer distinção entre ambas as perspectivas do pensamento estabelecidas. Se realmente apreendermos o que o pós-estruturalismo se propõe, enquanto perspectiva discursiva perceberemos assim como Williams (2012, p.104) “(...) que Deleuze não chama de estruturalismo um método, ou forma de conhecimento, mas um ‘pensamento’. Esse é seu modo de insistir tratar-se de uma prática viva, com condições flexíveis (...)”, ou seja, que o estruturalismo e o pós-estruturalismo não são opostos assim como o significante e o significado não são opostos, mas sim arbitrários entre si e por isso é evidente sua articulação:

Nem o estruturalismo nem o pós-estruturalismo são primariamente “do contra” ou essencialmente oposicionais. Isto também é verdade para a relação deles. O segundo deve ser visto como a transformação do primeiro, para além do conceito de representação e de definições de diferença em termos de identidade (WILLIAMS, 2012, p.55).

As contribuições de Foucault, Derrida, Deleuze (e também de seu parceiro de produção Guattari), são importantes referenciais no campo da saúde (mais especialmente ainda no campo disciplinar da Psicologia) e das suas relações com o campo do social constantemente implicado. Para além dos pressupostos saussurianos, os autores citados em questão articularam nova instância de relação entre social e saúde na linguagem: o discurso.

¹⁸ Publicada originalmente em francês no ano de 1968 sob o título *Différence et répétition*.

Estudiosos passam a buscar uma compreensão do fenômeno da linguagem não mais centrado apenas na língua, sistema ideologicamente neutro, mas num nível situado fora desse pólo da dicotomia saussuriana. E essa instância da linguagem é a do discurso (...). O ponto de articulação dos processos ideológicos e dos fenômenos linguísticos é, portanto, o discurso (BRANDÃO, 1993, p.12).

Segundo Iñiguez (2004, p.92) “a partir de Foucault (1969), não se falará mais tanto de discursos, mas sim de práticas discursivas. Por práticas discursivas Foucault compreende regras anônimas, constituídas no processo histórico”. Conforme Iñiguez (2004), mesmo tendo criticado fortemente os postulados estruturalistas, Foucault não teria desmerecido a historicidade dos processos, das práticas e das formações discursivas e ideológicas:

Se renunciará, portanto, a ver no discurso um fenômeno de expressão, a tradução verbal de uma síntese efetuada por outra parte; ao contrário, se buscará nele um campo de regularidade para várias posições de subjetividade. O discurso assim concebido não é a manifestação, majestosamente desenvolvida, de um sujeito que pensa, que conhece e que o diz: é, ao contrário, um conjunto onde é possível determinar a dispersão do sujeito e sua descontinuidade consigo mesmo. É um espaço de exterioridade onde se desenvolve uma rede de âmbitos distintos (FOUCAULT, 1972, p.90).

As postulações de Foucault se concentram na verdade no descentramento do sujeito e de suas posições no discurso. Foucault (1972, p.122-123) postula inclusive que “em sua individualidade singular, um sistema de formação, portanto, é caracterizar um discurso ou um grupo de enunciados pela regularidade de uma prática”, ou seja, em sua crítica o pensador, assim como outros pós-estruturalistas, não rechaçam a relação entre os discursos e as práticas dos sujeitos, mas sim evidencia no que eles se contextualizam. Iñiguez (2004, p.91) chega inclusive a afirmar que para Foucault “o discurso é algo mais que a fala, algo mais que um conjunto de enunciados”:

Definindo o enunciado como uma unidade de análise no interior do universo do discurso, que estabelece um feixe com outros enunciados, deve-se remetê-la a um novo campo, qual seja, o constituído pelos acontecimentos não discursivos como os de ordem política, social, econômica, prática etc. Foucault, depois de aprisionar o enunciado em um conjunto de relações discursivas, libera-se para um novo campo de acontecimentos, onde também as relações não se dão nas consciências dos sujeitos (AROUCA, 2003, p.69).

Sendo “(...) a natureza do discurso os fatos que o compõem na sua especificidade como acontecimento e na sua finitude como conjunto de elementos, a unidade que se deve especificar, também como um acontecimento é o *enunciado* (AROUCA, 2003, p.68)”. Nesse momento precisamos também diferenciar enunciado de *função enunciativa* tendo em vista que um se vincula enquanto unidade linguística e o outro enquanto unidade ideológica:

Diferenciando o *enunciado* de uma unidade do tipo linguístico, mas considerando-o como uma *função enunciativa*, essa função coloca aquelas unidades “em relação com um campo de objetos”; em lugar de lhes conferir um sujeito, abro-lhes um conjunto de posições subjetivas possíveis; em lugar de fixar seus limites, coloca-se em um domínio de coordenação e de coexistência; em lugar de determinar sua identidade, aloja-se em um espaço em que são investidas, utilizadas (AROUCA, 2003, p.51).

Estas distinções foucaultianas propiciadas a partir de Saussure irão incitar uma série de estudos no campo da linguística vindo a contribuir no que hoje é conhecido como Análise do Discurso - AD. Autores como Émile Benveniste (1902 - 1976), Michel Pêcheux (1938 – 1983) e outros irão endossar que “(...) o que transforma a língua em discurso é o ato de enunciação – ato pelo qual o sujeito falante se apropria do aparelho formal da língua. Todo ato de enunciação supõe, portanto, um trabalho individual de conversação da língua em discurso (...) (BRANDÃO, 2001, p. 61)”. Para estes autores a enunciação é o tema do próprio enunciado e de seu discurso vindo a se constituir num importante objeto de estudo para pesquisas junto ao campo da linguística, do social e até mesmo da saúde. A partir de Pêcheux, as contribuições foucaultianas somadas às contribuições do materialismo histórico fundamentarão aquilo que virá a ser conhecido como a abordagem metodológica da AD. Para Pêcheux a AD passará a englobar a contribuição de três regiões do conhecimento teórico:

- 1) o materialismo histórico, como teoria das formações sociais e suas transformações;
- 2) a linguística, como teoria dos mecanismos sintáticos e dos processos de enunciação;
- 3) a teoria do discurso, como a teoria da determinação histórica dos processos semânticos (BRANDÃO, 1993, p.38).

Depois das contribuições da AD, o discurso passa então a ser concebido como uma prática. Sendo o discurso uma prática; é possível definir as condições de sua produção. Percebemos com isso nas diferentes acepções teóricas do giro linguístico que os pensadores considerados estruturalistas e pós-estruturalistas extrapolaram e muito as concepções saussurianas da língua *por si mesma* e *em si mesma*. Enquanto o “(...) pensamento estruturalista moderno estabeleceu claramente que a linguagem é um sistema de signos, a linguística é parte integrante da ciência dos signos, a *semiótica* (ou, nos termos de Saussure, a *semiologia*) (JAKOBSON, 1999, p.162)”; o pensamento pós-estruturalista estabeleceu claramente a arbitrariedade entre o que é percebido (o significante) e o que compreendido (o significado) junto à articulação dos campos de conhecimento, sejam eles constituídos junto ao campo do social, junto ao campo da saúde ou junto de outros campos possíveis.

A elaboração da ideia de *campo* que utilizamos desde a introdução de nossa análise para se referir aos contextos do social e da saúde, foi aprimorada e desenvolvida por um autor que também esteve imerso nos debates do giro linguístico sobre o papel da linguagem junto aos sujeitos articulados objetivamente:

Por estruturalismo ou estruturalista, quero dizer que existem, no próprio mundo social e não apenas nos sistemas simbólicos – *linguagem*, mito, etc. –, estruturas objetivas, independentes da consciência e da vontade dos agentes, as quais são capazes de orientar ou coagir suas práticas e representações (BOURDIEU, 1990, p.149, grifo nosso).

Apesar de Pierre Bourdieu não ter desenvolvido uma teoria sociológica que enfocasse o contexto da saúde de forma prevalente, seu arcabouço teórico possibilita através do *princípio de homologia funcional e estrutural* (evocado por diversos autores estudiosos do campo da saúde através de Bourdieu), desenvolver contribuições sociológicas para análise do campo da saúde. Conforme Montagner (2006, p.522) nos elucida, “(...) a preocupação de Bourdieu e de seus colaboradores com uma sociologia do corpo que guarda fortes relações com a área da saúde, e onde são explorados conteúdos sociológicos no limite do biológico” através da utilização de dois importantes conceitos desenvolvidos em suas teorizações: o conceito de *habitus* e o conceito de *campo*:

Os conceitos primários formulados e aperfeiçoados por Bourdieu são o de / *habitus*/ e o de / *campo*/. A estes se agregam outros, secundários, mas nem por isto menos importantes, e que formam a rede de interações que orienta a sociologia relacional, a explicação, a partir de uma análise, em geral fundada em estatísticas, das relações internas do objeto social. A teoria do *habitus* e a teoria do campo são entrelaçadas (THIRY-CHERQUES, 2006, p.32, grifos do autor citado).

Os conceitos preconizados por Bourdieu, de *habitus* e *campo* são amplamente utilizados nas pesquisas que se remetem aos contextos da saúde em perspectiva ampliada. Bourdieu desenvolveu os conceitos de *campo* e *habitus* para tratar das especificidades de relações objetivas existentes independentemente do desejo ou da consciência subjetiva com que são prescritos em termos de valores e princípios de regulação para com os indivíduos em seus contextos articulatórios. Apesar das fortes conotações estruturalistas do conceito bourdieusiano de campo, as articulações possíveis entre os cerne e os limites dos campos de conhecimento, se coaduna de forma bem propícia ao discurso do pensamento pós-estruturalista. O denominado estruturalismo de Bourdieu possibilita elaborar uma abordagem pós-estruturalista de conceber os contextos do social e da saúde de formas autônomas, mas também de forma articulada e consoante com a perspectiva ampliada de ambos:

Semelhante à descrição feita por Weber da modernidade como correspondendo à emergência de várias esferas valorativas, o espaço social descrito por Bourdieu é composto por vários campos autônomos e diferenciados – o científico, o econômico, o burocrático, o artístico, o religioso, dentre outros (BURAWOY, 2010, p.67).

O projeto teórico mais auspicioso de Bourdieu é a tentativa de superar a falsa dicotomia entre prática e teoria. Para isso Bourdieu se fundamenta na concepção weberiana de esferas valorativas e propõe a sua própria concepção de campos autônomos. Bourdieu tenciona com isso superar a concepção fechada de pensar os contextos da prática e da teoria do conhecimento humano como esferas incólumes. A concepção bourdieusiana dos campos autônomos, diferente da concepção weberiana de esferas valorativas, estaria aberta para articulações possíveis entre os limites que cada prática ou teoria possibilitariam junto aos contextos sociais da saúde e de outros campos possíveis ao conhecimento humano:

No coração do projeto teórico de Bourdieu encontraremos a tentativa de superação das falsas oposições e de caracterização de uma distinção em particular: aquela entre a *lógica da teoria* e a *lógica da prática*, ou, como ele com frequência denominou referindo-se à crítica de Marx a Hegel, a distinção entre as “coisas da lógica” e a “lógica das coisas” (BURAWOY, 2010, p.31, grifos do autor citado).

Ainda segundo Burawoy (2010, p.31) tanto “(...) em Marx como em Bourdieu, a ação estratégica torna-se rapidamente uma luta para conservar ou para subverter os poderes dominantes no interior do campo”. Quando Marx nos fornece um esquema teórico capaz de analisar a reprodução do sistema capitalista, ao mesmo tempo ele nos possibilita pensar o sistema enquanto uma arena de luta, ou seja, como um campo de forças. Essa analogia básica de Marx é utilizada por Bourdieu para analisar os vários campos existentes para além do campo econômico.

Similaridades também são percebidas entre Pierre Bourdieu e Antonio Gramsci (1891-1937) no que se refere à questão da dominação evidenciada nos escritos marxistas. O paralelo entre o conceito de poder simbólico de Bourdieu e o conceito de hegemonia em Gramsci é impressionante, mas a diferença entre os dois conceitos é decisiva. Para Gramsci a “(...) hegemonia se fundamenta no consentimento enquanto a violência simbólica se fundamenta no desconhecimento (BURAWOY, 2010, p.73)” para Bourdieu. Gramsci assim como Bourdieu está envolto nas problemáticas de articulação entre teoria e prática:

A filosofia da práxis não tem necessidade de sustentáculos heterogêneos; ela mesma é tão robusta e fecunda de novas verdades que o velho mundo a ela recorre para alimentar o seu arsenal com armas mais modernas e mais eficazes. Isto significa que a filosofia da práxis começa a exercer uma sua própria hegemonia sobre a cultura tradicional (GRAMSCI, 2004, p.152).

Gramsci tenta elucidar a articulação entre prática e teoria através de um dos preceitos mais elementares do marxismo: a práxis. Gramsci (2004, p.101) em suas elucubrações teóricas sobre a práxis chega inclusive a afirmar que numa perspectiva crítica “‘todos’ são filósofos”, tendo em vista que todos estariam em contato com algo que se constituiria no senso comum. Esta é outra dicotomia entre a perspectiva gramsciana e a perspectiva bourdieusiana. Enquanto para “(...) Gramsci, existia um cerne de bom senso dentro do senso comum da classe operária, ao passo que, para Bourdieu, o senso comum era sempre o mau senso no mau sentido (BURAWOY, 2010, p.16)”.

Os diferentes posicionamentos de Gramsci e Bourdieu perante o senso comum refletem o debate resiliente do campo disciplinar sociológico. O debate resiliente sobre como são ou não atribuídos aspectos ideológicos ao senso comum, a opinião pública e ao papel da indústria cultural nos mesmos. A denominada Escola de Frankfurt nesse sentido, além de influenciar a abordagem sociológica materialista que prepondera às relações de produção na articulação entre o social e a saúde; também influencia nas abordagens sociológicas contemporâneas que não negam a existência das ideologias e junto a estes contextos:

Agora não digam que tais formações diferenciadas de antemão não tenham nada a ver com a pesquisa de ideologias, pois até mesmo formações espirituais de alta organização podem consistir em nexos ideológico, podem exercer efeitos estritamente ideológicos // e efetivamente o fazem e frequentemente contêm em si próprias um esporão ideológico, se podemos dizer assim, mas em relação a elas evidentemente uma enumeração como a referida seria inteiramente inútil. Aqui o que importa efetivamente é aprofundar-se mediante uma espécie de análise no material individual específico, para apreender seu conteúdo social e, ao concretizá-lo tanto quanto possível, confrontar o mesmo com seu possível efeito sobre outros (ADORNO, 2008, p.220-221).

Theodor Ludwig Wiesengrund Adorno (1903-1969) juntamente com Walter Benedix Schönflies Benjamin (1892-1940), Max Horkheimer (1895-1973), Herbert Marcuse (1898-1979), Jürgen Habermas (1929-), Axel Honneth (1949-) e outros autores foram denominados membros da “primeira” e da “segunda geração” da Escola de Frankfurt. Apesar das distintas postulações que os membros da referida escola apresentaram ao longo de seus escritos, quase todos eles compartilham similares nexos no que se refere aos diálogos entre a psicanálise, a filosofia existencialista e as omissões materialistas. Adorno (2008, p.201) foi bem perspicaz sobre as “(...) regularidades curiosas da história dos dogmas da sociologia (...)” onde constantemente se percebe os sociólogos descrevendo o que veio antes como sendo metafísico. O pós-estruturalismo, como já dito antes, prefere adotar a posição crítica ao invés de ser contra ou a favor daquilo que lhe foi anterior teoricamente em termos sociológicos.

Bourdieu foi contemporâneo às implicações teóricas que a Escola de Frankfurt legou ao raciocínio sociológico. Bourdieu (1990, p.32) inclusive chegou a afirmar que havia em seus escritos um “(...) relação bastante ambivalente com a escola de Frankfurt: [onde] as afinidades são evidentes (...)”. Às vezes denominando de neomarxistas, Bourdieu vai estabelecer diálogos teóricos atinentes com constructos conceituais importantes que a Escola de Frankfurt legou perante as algumas de suas formulações sociológicas:

A famosa articulação das instâncias que os estruturalistas, sobretudo os neomarxistas, procuram na objetividade das estruturas, realiza-se em cada ato responsável, (...) isto é, objetivamente ajustado à necessidade do jogo porque orientado pelo sentido do jogo (BOURDIEU, 1990, p.86-87).

Bourdieu nesse trecho problematiza várias implicações teóricas que lhe são correlatas, já que “(...) só existe estrutura – entendida como conjunto de regras mais ou menos rigidamente hierarquizadas – na medida em que ela é organização de relações sociais de poder, estas relações de poder são a *prática* de certas regras do jogo (LUZ, 1986, p.35, grifo nosso)”. A ideia de jogo é uma analogia cada vez mais presente nas formulações bourdieusianas quando o pensador vai ser referir ao “*habitus* como sentido do jogo é jogo social incorporado, transformado em natureza (BOURDIEU, 1990, p.82, grifo do autor citado)”. O conceito de *habitus* tantas vezes utilizado nas análises do campo social e do campo da saúde seria “(...) essa espécie de senso prático do que se deve fazer em dada situação - o que chamamos, no esporte, o senso do jogo, arte de *antecipar* o futuro do jogo inscrito, em esboço, no estado atual do jogo (BOURDIEU, 1996, p.42, grifo do autor citado)”. Estas por sua vez propiciam a constituição de um *habitus*. Uma “estrutura estruturada e estruturante” que seria internalizada pelos indivíduos, fornecendo a estes as regras *práticas* das *ações*, ou seja, o que Bourdieu chama de *habitus*:

O *habitus* preenche uma função que, em uma outra filosofia, confiamos à consciência transcendental: é um corpo socializado, um corpo estruturado, um corpo que incorporou as estruturas imanentes de um mundo ou de um setor particular desse mundo, de um campo, e que estrutura tanto a percepção desse mundo como a ação nesse mundo (BOURDIEU, 1996, p.144, grifo do autor citado).

A construção teórica de Bourdieu sobre o conceito de *habitus* não foi a primeira a esmiuçá-la no que se constituiria. Remontando por Aristóteles (384 a.C. – 322 a.C.) sob a égide do papel da *hexis*, rechaçado por René Descartes (1596-1650), consagrado por David Hume (1711-1776) e reinterpretado por Immanuel Kant (1724-1804), o conceito de *habitus* já havia percorrido um caminho consideravelmente bem polêmico antes de ser desenvolvido e elaborado a sua maneira por Bourdieu:

Aristóteles pensou o papel da *hexis* demonstrativa como essencial para o trabalho científico. Não sabemos se ele foi o primeiro filósofo a trazer essa questão para as discussões filosóficas, mas certamente é o autor mais antigo ao qual a tradição faz referência. Descartes foi um grande crítico do *habitus*, rejeitando seu papel na aquisição do conhecimento necessário e verdadeiro. Apesar da pouca referência ao conceito em questão – salvo nas *Paixões da alma* –, sua repercussão de sua filosofia foi responsável por banir as reflexões sobre o *habitus* em muitas das discussões modernas sobre a aquisição do conhecimento. Hume se consagrou pela crítica da teoria da causalidade e da ciência de sua época utilizando o hábito (*habit*), numa perspectiva singular, dando subsídios teóricos para readequação do conceito. Kant, por sua vez, crítica o hábito psicológico de Hume e repensa o conhecimento segundo as categorias transcendentais do entendimento. Ele retoma o conceito de *habitus*, em seus estudos antropológicos, para descrever aspectos da natureza humana (MEUCCI, 2009, p.8).

Apesar de muitas produções teóricas aprofundarem e distanciarem o conceito bourdieusiano de *habitus* de qualquer acepção correlata entre o significante vulgar de hábito (conjuntivo das elaborações de Hume); o próprio Bourdieu reitera esta metáfora que aproxima os nexos significantes entre o termo hábito e as construções teóricas do conceito de *habitus* por ele proposto:

Os indivíduos "vestem" os *habitus* como hábitos, assim como o hábito faz o monge, isto é, faz a pessoa social, com todas as disposições que são, ao mesmo tempo, marcas da *posição social* e, portanto, da distância social entre as posições objetivas, entre as pessoas sociais conjunturalmente aproximadas (no espaço físico, que não é o espaço social), e a reafirmação dessa distância e das condutas exigidas para "guardar suas distâncias" ou para manipulá-las estrategicamente, simbólica ou realmente, reduzi-las (coisa mais fácil para o dominante do que para o dominado) aumentá-las ou simplesmente mantê-las (evitando "deixar-se levar", "familiarizar-se", em poucas palavras, "guardando seu lugar" ou, ao contrário, "evitando permitir-se...", "tomar liberdade de...", enfim, "ficando no seu lugar") (BOURDIEU, 1983, p.75).

Bourdieu evoca o conceito de *habitus* muito em consideração pela abordagem principiada por Marcel Mauss (1872-1950), que segundo o mesmo, o referido significante constituiria por sua etimologia latina àquilo que é adquirido através das técnicas e das razões práticas naquilo que convencionalmente se configura como sendo os modos de educação e de tudo aquilo que perfaz as modas, os prestígios e os significantes similares:

Assim, durante muitos anos tive a noção da natureza social do "*habitus*". Observem que digo em bom latim, compreendido na França, "*habitus*". A palavra exprime, infinitamente melhor que "hábito", a "*exis*", [hexis], o "adquirido" e a "faculdade" de Aristóteles (que era um psicólogo). Ela não designa os hábitos metafísicos, a "memória" misteriosa, tema de volumosas ou curtas e famosas teses. Esses "hábitos" variam não simplesmente com os indivíduos e suas imitações, variam, sobretudo com as sociedades, as educações, as conveniências e as modas, os prestígios. É preciso ver técnicas e a obra da razão prática coletiva e individual, lá onde geralmente se vê apenas a alma e suas faculdades de repetição (MAUSS, 2005, p.404).

Tanto Mauss, quanto Bourdieu são tributários de uma perspectiva que media na prática aquilo que é simbólico com aquilo que seria o social. Bourdieu retoma a perspectiva aristotélica de uma interiorização da *hexis* corporal. Tal *hexis* se constituiria inicialmente no seio da família ou do grupo social que se incumbiria de estabelecer as primeiras mediações entre o indivíduo e seu contexto. Em seguida as diversas e específicas educações secundárias existentes constituiriam o trabalho pedagógico institucionalizado ou não que se encarregaria de continuar a constituição do *habitus* posteriormente a estes primeiros nexos familiares ou similares estabelecidos perante os indivíduos em formação. Desse modo o “*habitus* é esse princípio gerador e unificador que retraduz as características intrínsecas e relacionais de uma posição em um estilo de vida unívoco, isto é, em um conjunto unívoco de escolhas de pessoas, de bens, de práticas (BOURDIEU, 1996, p.21-22)”:

O *habitus* é a mediação universalizante que faz com que as práticas sem razão explícita e sem intenção significativa de um agente singular sejam, no entanto, "sensatas", "razoáveis" e objetivamente orquestradas (BOURDIEU, 1983, p.73).

As obras *O senso prático*¹⁹ (2009), *Questões de sociologia*²⁰ (1983) e obras posteriores de Bourdieu que continuaram as elaborações articulatórias possíveis sobre a ideia de campo, *habitus* e de outros constructos conceituais; foram empregadas em grande medida por estudiosos do campo da saúde, tanto advindos das Ciências Sociais como de outros campos disciplinares que se utilizam da teoria bourdieusiana. A perspectiva, que utilizamos discursivamente na presente dissertação, de entender a saúde enquanto um campo de teorias, práticas e ações; se coaduna com a perspectiva de Rabello (2010, p.22) e de vários outros pesquisadores que percebem que o “campo da saúde possui características específicas, mas absorve as influências de todos os outros campos da realidade social” que também discursam e se interacionam com o contexto sanitário.

Ao utilizarmos o conceito de Bourdieu percebemos a saúde enquanto “(...) um *campo*, isto é, ao mesmo tempo, como um campo de forças, cuja necessidade se impõe aos agentes que nele se encontram envolvidos (...) (BOURDIEU, 1996, p.50, grifo do autor citado)” em diferentes posições de sujeito podem tanto conservar a hegemonia dos discursos vigentes como articular discursos que tencionam a transformação das estruturas existentes. Percebemos nesta elaboração, a partir de Bourdieu, aspectos que seu denominado *estruturalismo construtivista* auxiliou a constituir enquanto discurso sobre o campo da saúde.

¹⁹ Publicado em francês em 1980 sob o título *Le Sens pratique*.

²⁰ Publicado em francês em 1980 sob o título *Questions de sociologie*.

As contribuições de Bourdieu para as análises sociológicas do campo da saúde não se remetem exclusivamente a suas elaborações conceituais. A *ampliação* proposta pela utilização da noção bourdieusiana dos determinantes sociais foi amplamente apropriada e incorporada aos discursos articulatórios sobre o nexo entre saúde e doença. O conceito de saúde proposto pelo OMS em 1948, do qual discorreremos anteriormente, obteve renovado fôlego a partir dos estudos sociológicos que se utilizando da noção dos determinantes sociais (proposto por Bourdieu) amalgamou de certa forma que estes estavam imiscuídos no cerne dos limites entre o bem-estar físico, mental e social dos indivíduos e seus contextos sociais:

(...) a sociologia dos determinantes sociais da prática sociológica aparece como único meio de acumular, diferentemente das conciliações fictícias do jogo duplo, as vantagens de se pertencer a um campo, de se participar dele, e as vantagens da exterioridade, do corte e da distância objetivante (BOURDIEU, 1990, p.113).

A escola materialista e a vertente estruturalista assim denominada iriam juntamente com a fenomenologia e outras abordagens teóricas utilizar de forma crítica ou acrítica a perspectiva ampliada de conceituar a saúde levando em consideração o papel dos diversos determinantes sociais proposta por Bourdieu. Segundo García (1989, p.153) nos “(...) anos 60 já havia uma massa crítica de profissionais nas ciências sociais, alguns formados pela FLACSO, outros em escolas nacionais e alguns no exterior (...)” que já estavam na América Latina assim como na Europa e nos EUA propondo análises sociológicas do campo da saúde:

No Brasil e na América Latina o objeto tradicional denominado *Saúde Pública* passa a merecer tratamento, denominação e conotação que traz do inespecífico “público” referente à política de prevenção proposta pelo Estado, para o *coletivo*, que sugere direitos, situação histórica, comprometimento de condições de vida social e uma crítica ao indivíduo como responsável único por sua saúde / doença. A nova disciplina e campo de intervenção *Saúde Coletiva* incorpora definitivamente as Ciências Sociais no estudo dos fenômenos da saúde (MINAYO, 2000, p.79, grifos do autor citado).

As relações e os limites entre social e saúde começam então a serem delimitados precariamente por diferentes discursos de pesquisa sociológica articulada em distintos contextos acadêmicos e científicos onde alguns eurocentrismos começam a ser problematizados. Segundo García (1989, p.225) nos “(...) fins da década de 60 e começos da de 70 florescem pesquisas e ensaios criticando a formação escolar, sendo os de Ivan Illich (1970) um dos mais conhecidos na América Latina”. A mais conhecida obra de Illich sobre o campo da saúde, *Nêmesis da medicina*²¹ (1975), mesmo sendo denominada anarquista, se remete a noção dos determinantes sociais perante o conceito de saúde:

²¹ Publicado em inglês Londres (1974) /Nova Iorque (1976), em francês Paris (1975) e espanhol México (1978).

Em qualquer sociedade, a imagem dominante da morte *determina* a concepção da saúde. A imagem da morte, essa antecipação sociocultural de um acontecimento certo chamado a sobrevir em data incerta, é modelada pelas estruturas institucionais, pelos mitos profundamente enraizados, pela textura social. A imagem que uma sociedade cria da morte reflete o grau de independência de seus membros, dá a medida de suas coesões, de sua autonomia e de seu querer viver individuais (ILLICH, 1975, p.159).

Deste modo, discorrer sobre o campo da saúde sem levar em conta a noção dos determinantes sociais é desconsiderar uma série de estudos que direta ou indiretamente estiveram atrelados a utilização (a)crítica da noção dos determinantes sociais e da *iatrogênese* social que a formação/prática médica legam em termos societários. Temos nessa vertente teórica toda uma gama de autores europeus e latino americanos (incluindo entre estas vastas produções brasileiras) que irão promover intensa profusão de publicações articulando discursivamente o campo do social com o campo da saúde. De um modo geral os temas discutidos referem-se a:

a) localização da medicina na estrutura social. A impossibilidade de reconhecer a existência desta articulação em uma forma dinâmica e histórica parece ter sido a falha fundamental do funcionalismo;

b) influência da estrutura social na produção e distribuição da doença. Nesse aspecto, adquire importância o tipo de determinação que articula a doença como o todo social, relação que tem sido tratada mecanicamente pela epidemiologia atual;

c) análise da estrutura interna da produção de serviços médicos;

d) a relação da formação de pessoal de saúde com o campo médico (GÁRCIA, 1989, p.52).

Nos espaços onde se discutem temas relacionados ao que se convencionou denominar como Sociologia da Saúde, as obras de autores como Juan César García (1963), Jean-Claude Polack (1974), Sérgio Arouca (1975), Cecília Donnangelo (1975), Mandel Therezinha Luz (1978), Luc Boltanski (1979), Amélia Cohn (1981), Everardo Duarte Nunes (1983), Elias Merhy (1985), Sueli Gandolfi Dallari (1985), Jairnilson Paim Filho (1986), Giovanni Berlinguer (1988), Gastão Wagner de Souza Campos (1988), Asa Cristina Laurell (1989), Sonia Maria Fleury (1989), Jaime Breilh (1991), Mário Testa (1992), Fernando Lefèvre (1999), Martha Arretche (2000), Eugênio Vilaça Mendes (2001), Octavio Bonet (2004), Giovanni Gurgel Aciole (2006), Guido de Carvalho & Lenir Santos (2006), Ricardo Burg Ceccim & Ruben Araújo de Mattos (2006) e David Le Breton (2011) são constantemente citados como importantes referências dos estudos sociológicos no campo da saúde.

Os autores mencionados acima não constituem um todo homogêneo e nem necessariamente constituem uma escola sociológica de teorizações acerca do campo da saúde. Apesar de muitos deles abordarem perspectivas denominadas materialistas ou estruturalistas de análise sociológica, divergem entre si em vários ou alguns aspectos. Alguns dos citados chegaram a divergir sobre aspectos importantes como a questão da prevenção dentro dos debates do campo da saúde. Polack (1974), por exemplo, desmerece os efeitos da prevenção como se estes fossem uma estratégia exploratória da economia capitalista vigente e que de fato não repercutiria nos índices sanitários de modo efetivo:

A prevenção supõe uma inversão das finalidades sociais da produção; o mercado capitalista impõe à medicina o caminho de uma economia da morte. A utilização honesta dos conhecimentos médicos em uma prática terapêutica desalienada requer a morte desta economia da exploração (POLACK, 1974 *apud* GÁRCIA, 1989, p.85).

Berlinguer (1987) por sua vez se contrapõe a Polack (1974) ao perceber que o discurso da prevenção junto ao campo da saúde é sim uma estratégia hegemônica da produção capitalista em demonstrar sua aparente insuficiência perante o discurso assistencial e hospitalocêntrico, mas que justamente por ser a prevenção o discurso articulatório oposto ao modelo hegemônico é que a prevenção deve ser encampada como um ponto nodal a ser defendido na *guerra de posições* travada junto ao campo da saúde:

Polack limita-se a afirmar que “na lei da produção capitalista reside a impossibilidade de uma política de prevenção” sem compreender que esta afirmação (verdadeira porque nela há uma substancial validade) implica também o seu inverso: uma política de prevenção é um dos terrenos essenciais para lutar contra a lei da produção capitalista, pois afirma uma relação social desalienante (BERLINGUER, 1987 *apud* GÁRCIA, 1989, p.85).

O que é importante ressaltar em toda essa leva de sociólogos e antropólogos mencionados e suas obras de maior repercussão inicial, para além de suas preferências teóricas, é que os mesmos direta ou indiretamente influenciaram outros estudiosos, tanto do campo antropológico como sociológico, a produzirem estudos de menor repercussão junto aos contextos universitários e bibliográficos que estabeleceram um limite precário entre o social e a saúde em perspectiva “*ampliada*” dos determinantes sociais. Outros estudiosos por sua vez, também influenciados diretamente ou indiretamente pelos autores contemporâneos citados, dedicaram-se as eventuais aplicabilidades esperadas destes campos do conhecimento (da Sociologia, da Antropologia e da Ciência Política) para com o campo geral da saúde de modo e de fato passassem a efetivar as pretensões iniciais que estas interdisciplinaridades objetivavam:

Os sociólogos e antropólogos, de outro lado, foram convidados a participar em dois campos: *a*) na pesquisa da morbidade e dos recursos humanos, cujos resultados, esperava-se, servissem de base para o planejamento, e *b*) no ensino, junto com os sanitaristas, nas escolas de medicina. Em ambos os casos, “o social” articula-se com a prática dominante, isto é, com a atenção médica e, em consequência, desenvolve-se um saber centrado na relação médico-paciente e na recusa ou aceitação da oferta médica (GÁRCIA, 1989, p.224).

Conforme Campos (2003, p.216) os “cientistas sociais e sanitaristas elaboraram as críticas e as receitas a serem seguidas pelas organizações médicas, faculdades, serviços, etc.”. Em outras palavras, tanto os discursos advindos do campo social, como do campo da saúde, estabeleceram articulações teóricas e práticas que delimitaram precariamente as relações ideológicas enunciadas pelos sujeitos das ações nos referidos campos. Por isso, a defesa da suposta neutralidade ou imparcialidade dos discursos é precária e indefensável tendo que em vista que os discursos tanto práticos como teóricos não são neutros em termos de ideais ou imaginação:

Na verdade as coisas não são assim, já que a língua, como nos ensinam os linguistas e semiólogos, nunca é apenas o veículo neutro de ideais ou imaginários que lhe são exteriores; ela contribui também, com sua parte, para que se reproduza, numa formação social como a nossa, a representação de que a saúde não é, como deveria ser, uma condição humana natural e generalizada, mas um bem de consumo, isto é, um permanente “estar”, ou seja, algo sempre provisório, a ser obtido e permanentemente reobtido no mundo externo (LEFÈVRE, 1999, p.61).

O campo das práticas em saúde e de suas conceituações teóricas sempre foi permeado por representações discursivas em que a linguagem e suas manifestações evidenciavam contribuições de outros campos do conhecimento humano. Garcia (1989, p.195) nos lembra de que “(...) os termos como campanha, luta, estratégia, armas, combate, aniquilação e batalha não são empregados como simples analogias (...)” junto ao campo da saúde, mas que possuem sim uma elaboração linguística que proveio do campo militar e que foram significados também junto ao campo da saúde. Existem vários exemplos que uma abordagem pós-estruturalista dos fenômenos linguísticos e suas manifestações poderia evidenciar junto aos discursos pelos quais o campo do social e da saúde foram e são permeados:

VIGILÂNCIA [SANITÁRIA] – Aparato criado para vigiar / zelar os sujeitos;

USUÁRIO – Aquele que usa ou desfruta de algo;

PRODUÇÃO [DA SAÚDE] – Ato ou efeito de produzir um produto; Produto; Volume de produção.

Os três significados associados aos seus significantes citados acima são conceitos básicos utilizados em qualquer discurso acerca do campo da saúde pública brasileira. Percebemos no significante “vigilância” [sanitária]²² novamente uma contribuição linguística advinda do campo militar e seus constructos conceituais para com o campo da saúde.

O termo vigilância enquanto significante é emblemático porque ele se configura com uma significação de controle e poder sobre os sujeitos do campo social em questões de saúde epidemiológica, mas vários discursos alegam que se o seu controle e poder não fossem exercidos, outros sujeitos do campo do social poderiam ser prejudicados justamente em questões epidemiológicas.

O significante usuário²³ por sua vez denota uma relação estreita para com os cidadãos que utilizam os serviços de saúde pública brasileiros, ou seja, uma relação articulada com o nexos primeiro da utilização e do uso, e não com outros nexos possíveis que evidenciassem a cidadania, a ética ou a política que permeariam a própria constituição destes serviços universais de saúde junto ao território nacional brasileiro.

Por fim, o termo produção [em saúde], utilizado por teóricos de diferentes perspectivas discursivas que analisam do campo da saúde remeteria o conceito de saúde a uma significação de produto, ou pior, a uma significação de mercadoria tal como é preconizada por discursos estreitos e conservadores que alocam o campo da saúde como um subcampo do econômico.

Nesse sentido, conhecidos sanitaristas brasileiros como Sergio Arouca (1941-2003) já evidenciavam na década de 1970 sobre as implicações que a linguagem legava junto às percepções do campo social e do campo da saúde. Conforme Nunes (2003, p.108) “Arouca sintoniza um ponto que será amplamente discutido nos anos seguintes: o da possibilidade de combinar recursos teóricos distintos para melhor compreensão dos objetos investigados”. Foi assim que este militante do Movimento Sanitário conseguiu em sua obra *Dilema Preventivista* (1975) entrelaçar abordagens denominadas pós-estruturalistas de Foucault e Rancière com abordagens denominadas materialistas de Marx, Gramsci e outros:

(...) afirmando sob esta atitude encontramos a ideia de que na linguagem existe sempre um excesso de significado sobre o significante, alguma coisa que se quis dizer e que se encontra oculta no já dito. Comentar seria manter o significante e abrir uma possibilidade infinita de significados, como se os dois tivessem uma autonomia e independência completa um do outro e pudessem, no limite, cada um falar de si próprio (AROUCA, 2003, p.62).

²² O setor da Vigilância Sanitária comumente se constitui em importante aparato estatal que administra politicamente questões econômicas e financeiras que através de estatísticas epidemiológicas elaboram estratégias de intervenção vigilante perante as condições de saúde dos sujeitos circunscritos territorialmente.

²³ Significante genérico utilizado para se referir a todo aquele que recebe atendimento junto ao SUS.

Por meio de inúmeros discursos os campos do social e da saúde foram delimitados como objetos que supostamente falavam por si próprios. Poderíamos aceitar a delimitação articulada de saúde em oposição à doença; poderíamos aceitar a delimitação articulada da saúde como um bem estar físico, mental e social; ou ainda poderíamos aceitar a delimitação articulada da saúde ampliada pela noção ampliada dos determinantes sociais. Todos estes discursos sobre a saúde e seus supostos limites revelam precariedades e com isso temos que perceber assim como García (1989, p.45) que eles se encontram “(...) em íntima relação com outros valores, de maneira tal que sua mudança significará uma reestruturação de todo um sistema conceitual, na medida que são interdependentes”. Os diferentes discursos conceituais sobre o campo da saúde e sobre o campo do social necessariamente não são anulados um pelo outro. Em várias situações eles se apresentam arbitrários, ambivalentes e consoantes nos mesmos espaços, tempos e discursos enunciados.

O influente Canguilhem (2000, p.159) já postulava que a “(...) saúde é uma margem de tolerância às infidelidades do meio (...). Sua infidelidade é exatamente seu devir, sua história”, ou em outras palavras, os limites precários entre o social e a saúde é o que possibilita aos discursos estarem circunscritos em uma dada historicidade, em um devir como concebe Gramsci, e não pairando como espíritos por sobre as nuvens como algumas interpretações induzem certos sujeitos a acreditar:

A afirmação de que a “natureza humana” é o “conjunto das relações sociais” é a resposta mais satisfatória porque inclui a ideia do *devir*: o homem “devém”, transforma-se continuamente com as transformações das relações sociais; e também, porque nega o “homem em geral”: de fato, as relações sociais são expressas por diversos grupos de homens que pressupõem uns aos outros, cuja unidade é dialética e não formal (GRAMSCI, 2004, p.245, grifo nosso).

O espaço onde as relações sociais acontecem “(...) representa, para o modo capitalista de produção, o espaço onde a ideologia realiza a *identidade* (AROUCA, 2003, p.236-237, grifo nosso)”. Cornelius Castoriadis (1922-1997) ao problematizar os momentos em que a ideologia realiza a identidade reafirmava que em verdade “(...) Marx foi o primeiro a mostrar que a significação de uma teoria não pode ser compreendida independentemente da prática histórica e social à qual ela corresponde, na qual ela se prolonga ou que serve para encobrir (CASTORIADIS, 1982, p.20)”, ou seja, em outras palavras qualquer discurso sobre o social e sobre a saúde em suas múltiplas delimitações práticas e discursivas estão impregnadas de ideologia realizada por e pela identidade. A ideologia é o artifício nesse sentido que não deve ser negado assim como a Escola de Frankfurt nos pontua. A ideologia é sim o artifício que afirma as articulações possíveis de significação assim como Castoriadis nos lembra:

A sociedade deve definir sua “identidade”; sua *articulação*; o mundo, suas relações com ele e com os objetos que contém; suas necessidades e seus desejos. Sem a “resposta” a essas “perguntas”; sem essas “definições” não existe mundo humano, nem sociedade e nem cultura – porque tudo permaneceria caos indiferenciado. O papel das significações imaginárias é o de fornecer uma resposta a essas perguntas, resposta que, evidentemente, nem a “realidade” nem a “racionalidade” podem fornecer (salvo num sentido específico, ao qual voltaremos) (CASTORIADIS, 1982, p.177, grifo nosso).

O sentido da “realidade” ou da “racionalidade” é fornecido pelos discursos vigentes nas suas diferentes ambivalências, consonâncias, arbitrariedades e até mesmo nas suas contradições evidenciadas. Novamente Arouca (2003, p.37) nos lembra, com base na obra *Mitologias* (1989) de Roland Barthes (1915-1980), que o “(...) discurso e o social são essencialmente míticos e adjetivos, e suas instituições vivem a ambiguidade de, numa sociedade de classes, afirmarem a igualdade” que em várias contextos não se constata. O discurso mítico do social e da saúde obliteram significações para se autopromoverem enquanto uma determinada verdade significativa sobre a realidade destes campos:

(...) no mito existem dois sistemas semiológicos, um deles deslocado em relação ao outro: um sistema linguístico, a língua (ou os modos de representação que lhe são assimilados), a que chamarei *linguagem-objeto*, porque é a linguagem de que o mito se serve para construir o seu próprio sistema; (BARTHES, 1988, p.137, grifos do autor).

A “(...) mitificação do social, ou seja, o mecanismo pelo qual, no nível do discurso, transforma-se o social em mito, entendendo-se como mito um sistema de comunicação que produz uma deformação no sentido dos conceitos, alienando-os e despolitizando-os (AROUCA, 2003, p.172)” é o intento de vários discursos presentes tanto no campo sociológico como no campo sanitário. Entendemos que qualquer delimitação do campo do social perante o campo da saúde ou vice-versa é precária deste outro ponto de vista discursivo que se estabeleça em perspectiva antagônica ao delimitado previamente.

Tanto um conceito de saúde como “(...) um *estado* relativo e dinâmico de equilíbrio (AROUCA, 2003, p.159)” ou do social como que “(...) articulado, uma vez que, como para as demais ciências, ele contribui com atributos aos elementos e não como explicação (AROUCA, 2003, p.172-173)” é precária daquilo que se pretende evidenciar no discurso. A “(...) saúde é social. e não somente uma questão técnica, estando diretamente relacionado com a forma de sociedade e de Estado (RABELLO, 2010, p.21)” que se configuram no contexto igualmente de formas discursivas, em termos práticos e teóricos, realizados em identidade através de ideologias em determinadas verdades. Apesar dos conceitos de social e de saúde que abordamos até aqui, percebemos que cada um se constitui como um discurso contingente.

Antes de mais nada, a saúde é um fato privado, é talvez o fenômeno mais íntimo da esfera individual. Uma vez que a doença perturba a relação comunitária normal, ela requer respostas coletivas em termos de prevenção e tratamento de reabilitação e reintegração. Por isso, na própria doença há uma área de conflito ou de compensação entre público e privado. Um outro terreno é a disponibilidade de meios para a saúde: eles provêm de cada cidadão, por via direta e pessoal; ou do Estado (BERLINGUER, 1988, p.122-123).

Desse modo apesar do conceito de saúde ser constituído por práticas discursivas e ideológicas privadas e subjetivas, não podemos reduzi-lo a uma função enunciativa que seja suturada única e exclusivamente nesta formação ideológica e discursiva. Os conceitos de saúde assim como o de social estão inseridos em um contexto em que outros discursos estão constituídos e desempenham suas interpelações. Desconsiderar o papel dos aparatos institucionais estatais e suas práticas discursivas, por exemplo, é esquecer preponderantes discursos existentes junto ao campo da saúde, do social e de outros campos possíveis:

Embora o direito à saúde tenha sido difundido internacionalmente, desde a criação da Organização Mundial da Saúde (OMS), em 1948, somente quarenta anos depois o Brasil reconheceu formalmente a saúde como direito social. Como referido anteriormente, antes de 1988 somente os trabalhadores com carteira de trabalho assinada e em dia com as contribuições pagas à previdência social tinham garantido por lei o direito à assistência médica, através dos serviços prestados pelo INAMPS (PAIM, 2009, p.41).

A legislação sanitária brasileira, especificamente a Lei Nacional nº. 8.080/1990 em seu art. 3º apresenta a função enunciativa bem clara de como deveria ser significado o conceito de saúde em nosso país: “*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*”. Em outras palavras o conceito de saúde que abaliza os aparatos estatais brasileiros é um conceito ainda concebido sob forte influência estruturalista da noção dos determinantes sociais em saúde.

Esta prática discursiva conforme evidenciamos ao longo do presente capítulo, é uma noção bem esclarecedora, entretanto não deve ser percebida como definitiva e acabada levando-se em conta as contribuições teóricas do pós-estruturalismo e de outras vertentes que percebem como a “(...) doença não é nada mais que a vida em condições alteradas (GÁRCIA, 1989, p.165)”. Portanto qualquer tentativa de “(...) reificar a saúde, operação necessária para sua venda, é preciso atomizá-la em um sem número de “saúdes objetalizadas” (LEFÈVRE, 1999, p.36)” é cair no engodo que as práticas discursivas hegemônicas querem engrupir e que evidenciaremos nos capítulos a seguir desta dissertação.

Desse modo compreendemos que as contribuições do positivismo, do funcionalismo, do interacionismo, da fenomenologia, do materialismo, do estruturalismo, do pós-estruturalismo e inclusive de pesquisadores que rechaçam estas denominações classificatórias dos pensadores em determinadas vertentes teóricas, como Bourdieu, Illich e demais autores contemporâneos; as relações entre o social e a saúde em seus limites, mesmo com as contribuições da noção dos determinantes sociais, não alcançou ainda um estabelecimento definitivo e acabado. O pensamento pós-estrutural talvez seja um dos poucos modos de análise do campo social e do campo sanitário que possibilite esta abordagem não definitiva e acabada dos conceitos, abrindo possibilidades articulatórias do discurso sobre os mesmos:

Esses processos de saúde-doença colocam em relação duas ordens diferentes de 'realidade': a ordem biológica e a ordem social. Encontrar-se-ão diferenças significativas de acordo com a importância que cada sociedade atribua a uma ou a outra ordem. Algumas sociedades poderão explicar esses processos baseando-se em uma dessas ordens; em outras, essa possibilidade é impensável: 'o biológico' e 'o social' estão entrelaçados de tal modo que um prescinde do outro (BONET, 2004, p.28).

O estabelecimento de um fundamento definitivo e acabado talvez nunca seja alcançado nesta relação conceitual entre o social e a saúde. A ciência sempre teve, tem e talvez tenha a necessidade de estabelecer conceitos que operacionalizam e estabeleçam homologias, analogias, dicotomias, metáforas e outros recursos que propiciam o *discurso* proposto ser inteligível a seus interlocutores. Da mesma forma como já pontuava Jean-Claude Passeron (1995, p.39, grifos do autor citado) a “(...) *forma do raciocínio sociológico* só pode ser identificada na diversidade dos métodos de comparação a que recorrem as pesquisas passadas e atuais”. Por isso não podíamos deixar de realizar o resgate teórico de como foram estabelecidas articulações teóricas entre os campos do social e da saúde que dissertamos:

A articulação entre vários campos relativamente autônomos no interior do campo do poder, assim como a articulação entre diferentes associações dentro da sociedade civil, é algo que não possui natureza única, sendo, antes, objeto de lutas inclusive em relação às *estruturas que estruturam* essas lutas (BURAWOY, 2010, p.63, grifos nossos).

O conceito de articulação que viemos utilizando ao longo deste dissertar é uma das proposições discursivas que elencamos, para que apesar da precariedade de qualquer delimitação do campo social e da saúde, possamos alcançar os objetivos inicialmente aventados na formulação introdutória da presente pesquisa sociológica. No capítulo seguinte apresentaremos melhor o que se entende por articulação tendo como fundamento as estruturas que estruturaram os conceitos até aqui discursados de maneira enunciativa.

2. AS FORMAÇÕES E AS ARTICULAÇÕES DISCURSIVAS E IDEOLÓGICAS

No presente capítulo tentaremos assim como Foucault (2008, p.6) “(...) especificar os diferentes conceitos que permitem avaliar a descontinuidade (limiar, ruptura, corte, mutação, transformação)” enunciada nos discursos sobre o campo do social e da saúde. Não fugimos as necessidades do raciocínio sociológico de explicitar os diferentes conceitos que utilizamos. Por isso este capítulo visa apresentar de forma mais pontual a gama dos diferentes conceitos que ao adotarmos numa perspectiva pós-estrutural estaremos empregando ao longo desta análise.

2.1 REMISSÕES TEÓRICAS DO PÓS-MARXISMO AO PÓS-ESTRUTURALISMO

Qualquer discussão fiduciária a perspectiva pós-estruturalista e ao giro linguístico evidenciará, assim como já o fizemos, que o conceito de discurso para Foucault conota o sentido de prática discursiva. Assim sendo, pontuar o que seria prática e o que seria discursivo se faz necessário. O conceito de prática foi desenvolvido pelo materialismo histórico e segundo Arouca (2003, p.90), prática “(...) dentro do materialismo histórico, tem implícita a ideia de uma transformação de um dado objeto em um outro, para cuja transformação foi gasto um trabalho humano”. Como percebemos mesmo Foucault em sua perspectiva pós-estrutural, retoma em um de seus conceitos mais elaborados a especificidade de conceitos que avaliam a transformação em uma dada historicidade. O materialismo é cenário de sua teoria.

Autores adeptos de um materialismo histórico mais ortodoxo vislumbram que qualquer associação das categorias de sua denominada escola sociológica com as categorias denominadas pós-estruturalistas seria como uma afronta teórica conceitual indigesta. Esta posição conservadora contemporaneamente não é mais defensável, tendo em vista da riqueza de obras que combinam referenciais de diferentes denominações teóricas, tanto do campo sociológico, como de outros campos disciplinares. Tal afirmação, entretanto não pretende aventar que qualquer combinação de campos, teorias ou conceitos seja plausível sem que os cerne dos mesmos sejam explicitados através da realização das devidas considerações junto ao discurso enunciado. Ao abordar esta questão não podemos deixar de evidenciar que não percebemos incoerência em análises sociológicas que combinam conceitos pós-estruturalistas com análises materialistas de determinados discursos em suas materialidades práticas e teóricas junto ao campo do social e da saúde. Este tipo de postura já foi adotado por outros autores (Arouca, 1975; Luz, 1978; Cohn, 1981; Merhy, 1987; Lefèvre, 1999 e outros) que demonstraram a riqueza que tal enfoque possibilita em termos de obra sociológica ou sanitária.

Em nossa dissertação sobre o VER-SUS pretendemos realizar uma combinação similar a estas que já foram efetuadas entre conceitos pós-estruturalistas e uma análise materialista dos discursos ideologizados em práticas e teorias. Por isso o que fica claro para além dos autores e das obras citadas é que sob a perspectiva pós-estruturalista que adotamos, “(...) fortemente tributária de Foucault e da reflexão teórica na linguística, na semiótica, na teoria literária e mesmo na psicanálise (SANTOS, 2008, p.31)”, é que desde que o discurso enunciado deixe bem evidenciado os cernes dos diferentes campos, teorias e conceitos utilizados; os diálogos entre estas diferenças e seus limites são possíveis de articulação em qualquer escrito discursivo assim como neste dissertar.

Conforme Williams (2012, p.39, grifos do autor citado) nos indica o “(...) pós-estruturalismo é pós-marxismo e pós-maoísmo, mas profundamente devedor de Marx. (...). *O pós-estruturalismo rompe com o marxismo, mas trabalha com Marx*” para justamente desfazer os postulados de verdade que não se aplicam a determinadas questões; assim como pode ser procedido com outras teorias sociais clássicas. A teoria e os conceitos marxistas do materialismo histórico, por postularem uma íntima relação entre a teoria e a prática através da dialética, diferente de outras teorias e conceitos, sofreram ao longo dos dois últimos séculos fortes críticas à suposta ortodoxia e a canonização com que Marx elaborava seus conceitos:

Marx deve ser posto no mesmo pé que os demais fundadores da sociologia moderna, nomeadamente Max Weber e Durkheim. Nunca nenhum destes autores foi objeto de canonização ou de ortodoxia nos mesmos termos em que o foi Marx (SANTOS, 2008, p.33).

Ainda hoje a teoria e os conceitos do materialismo histórico sofrem das mazelas com que a canonização e a ortodoxia que diferentes abordagens do marxismo desenvolveram e preconizaram os destinos desta denominada escola do pensamento sociológico. Contemporaneamente qualquer pesquisa que queira se fundamentar em conceitos de análise materialistas precisa necessariamente postular muito bem de que perspectiva das diferentes interpretações de Marx está se referindo. Incluindo com isso muitas vezes toda uma recapitulação sobre as omissões e remissões com as quais outros autores e abordagens trataram o mesmo campo, tema ou assunto de pesquisa tendo como base Marx e seus diferentes intérpretes. Uma interpretação muito frequente e superficial de Marx o denomina discursivamente como um autor onde o determinismo econômico se sobrepuja a todas as demais implicações teóricas e conceituais advindas de suas obras e escritos. Henry Lefebvre (1901-1991) já na década de 1960 evidenciava a superação desta delimitação precária:

Marx ainda é por muitos considerado um *economista*. Atribuem-lhe (para aprova-lo ou para criticá-lo) um *determinismo econômico*, segundo o qual as forças produtivas e seu nível arrastaria, por uma espécie de mecanismo ou de automatismo, as demais relações e formas constitutivas do social: relações de propriedade, instituições e ideias. Essa interpretação (é preciso repeti-lo?) esquece o subtítulo do *Capital*: crítica da economia política. Não foi o capitalismo que fez da realidade econômica, a mercadoria e o dinheiro, a mais-valia e o lucro, seu fundamento? (LEFEBVRE, 1968, p.8, grifos nossos).

Trazendo as críticas teóricas que Lefebvre faz a estas delimitações precárias de Marx, para o campo da saúde recortado no campo do social, podemos ainda evidenciar outra questão muito corriqueira nas interpretações superficiais dos escritos fundantes do materialismo histórico. Tendo em mente que a noção dos determinantes sociais em saúde é uma categoria aprimorada de Bourdieu e que tem como pano de fundo a noção marxista de determinação, devemos perceber que existem diferentes significações perante este significante e o significante determinismo que são imiscuídos e amalgamados por muitos interpretes de Marx:

Determinação não significa determinismo. Esta confusão está na base de muitos mal-entendidos que concernem ao pensamento marxista. Os determinismos resultam do passado; são formas, sistemas, estruturas colocadas à margem e que não desapareceram, não puderam ser superados ou apenas o foram incompletamente; estes resultados, estas obras continuam a agir. As determinações não excluem nem a iniciativa dos homens que os combatem para liquidá-los, nem os acasos e contingências (LEFEBVRE, 1968, p.39).

Qualquer leitura semiológica de um dicionário evidencia a diferença de significação entre os significantes *determinismo* e *determinação*, porém muitos teóricos, que vêm muito mais para confundir do que para esclarecer, em seus discursos obliteram estas diferenças conceituais para desmerecer e sobrepor outros discursos com as suas suposições de verdade:

DETERMINISMO – Conexão rigorosa entre causa e efeito de forma condicionante.

DETERMINAÇÃO – Ato ou efeito de determinar. Resolução. Capacidade de decisão.

Como podemos perceber muitos mal entendidos ocorreram e vem ocorrendo junto ao campo sociológico em função dessa perspectiva recorrente de antagonismo crítico de todo discurso teórico que não se coaduna com a suposta denominação de vertente teórica com a qual se trabalha. A perspectiva pós-estrutural nesse quesito é muito mais salutar perante os discursos teóricos que lhe foram anteriores. A perspectiva pós-estrutural, como já mencionamos, não refuta cabalmente tudo o que lhe veio anteriormente como se fosse metafísico ou produção sem valor sociológico. A postura é de diálogo e remissão de verdades.

O próprio Bourdieu em suas considerações acerca dessa forma de raciocínio do sociológico já elucubrava que as possibilidades de discurso da ciência seriam muito mais preñes de problematizações acaso os sociólogos e demais pesquisadores adotassem uma postura mais aberta e menos estaque de conceber as diferentes considerações dos autores e suas obras junto ao campo disciplinar sociológico e correlato:

A favor de Marx, como dizia Althusser, ou contra Marx. Acho que é possível pensar com Marx ou com Durkheim contra Durkheim, e também é claro, com Marx e Durkheim contra Weber, e vice-versa. É assim que funciona a ciência. (BOURDIEU, 1990, p.66).

Marx ao “(...) tentar *articular* uma análise exigente da sociedade capitalista com a construção de uma vontade política radical de transformá-la e superá-la numa sociedade mais livre, mais igual, mais justa e afinal mais humana (SANTOS, 2008, p.42, grifo nosso)” foi arduamente criticado porque vários dos pressupostos postuladas por ele redundaram em problemas práticos que não eram problemas teóricos em seu período histórico e espacial vivenciado. Essa percepção óbvia nem sempre é tácita nas várias formulações que interpretam Marx assim como em interpretações de vários outros teóricos do campo do social e da saúde. A delimitação precária com que discursam sobre as obras marxistas, esta sim, é altamente baseada num determinismo estanque perante elaborações que chegaram inclusive a prever o reducionismo com que seus apontamentos teóricos sobre identidade e demais conceitos legariam em termos de uma suposta preponderação da determinação econômica:

A redução nem mesmo é uma redução pelo menos formalmente científica, que reduziria tudo a uma relação econômica efetiva ao deixar de lado a diferença que o desenvolvimento comporta, mas ora é deixado de lado esse aspecto, ora aquele, para descobrir a identidade ora nesse aspecto, ora naquele (MARX, 2011, p.192).

Estas ponderações acerca da obra de Marx, como evidenciamos anteriormente, percorre o mesmo rastro que outros escritos, que também se utilizam de arcabouços teóricos desta denominada vertente do pensamento sociológico, acabam por realizar, tendo em vista todas as canonizações e ortodoxias com que o materialismo histórico acabou perpassando. Nosso dissertar ao se utilizar dos conceitos de identidade, hegemonia, articulação e outras categorias analíticas aprimoradas na formulação da obra “*Hegemonia y Estrategia Socialista: Hacia una radicalización de la democracia*” de Ernesto Laclau (1935-2014) e Chantal Mouffe (1943-) publicada em 1985 em inglês, e em 1987 em espanhol, está direta e indiretamente dialogando com estas postulações pós-marxistas.

O pós-marxismo é uma denominada corrente de pensamento marxista que em diálogo com pressupostos do pós-estruturalismo propõe a teoria de que o campo do social, e por extensão também o campo da saúde, possam ser constituídos de forma discursiva, ou seja através do discurso. A defesa dos autores pós-marxistas é que conceber os campos do social, da saúde ou de outros campos possíveis de forma discursiva não estariam incorrendo em uma redução idealista tal como Marx criticava.

Ao recorrer a materialidade enunciada através da linguagem e do pensamento os denominados autores pós-marxistas estariam em vistas de fundamentalmente superar todo o essencialismo dualista entre: sujeito e objeto, essência e aparência; singular e universal; imaginação e razão; base material e consciência; teoria e prática; objetivo e subjetivo; indução e dedução; ou outras antinomias possíveis, que conforme Minayo (2000, p.76-78), a dialética no materialismo histórico convencional visava possibilitar:

Os idealistas elevam a substância apenas o sujeito e fazem do pensamento o fundamento de todo o real. Os materialistas tradicionais elevam a substância apenas o objeto e anulam a função do sujeito. Uns e outros caem na metafísica e vão parar num beco sem saída. (...). Postular uma verdade absoluta, que existe independentemente de nós, é cair numa espécie de platonismo. Aqui se revela o idealismo que está por trás do realismo, da afirmação de que nosso conhecimento não é nada mais que o reflexo do real (GRUPPI, 1978, p.120-123).

O que interessa na presente elaboração discursiva, além da apresentação das postulações basilares do pós-estruturalismo que nos orienta, e para além do pós-marxismo ser realmente possível no pós-estruturalismo ou não, é poder “(...) identificar-se neste último, dois modos distintos de questionar a articulação (SANTOS, 2008, p.32)” enquanto um conceito que pode denotar aspectos até então ainda não elucidados do social em pesquisas que também estabeleceram diálogos de conceitos pós-estruturalistas com a análise materialista dos discursos ideológicos sobre a teoria e a prática na formação de trabalhadores junto ao campo da saúde. Mesmo o pós-marxismo, denominado pós-estrutural, tem intérpretes que se julgam igualmente em condições de enunciar discursivamente as omissões e remissões com as quais os autores pós-marxistas estão envoltos. Não raras vezes estes intérpretes não conseguem exercer seu papel de intermediários entre os conceitos teóricos analisados e transformados em discurso. Autores do porte de Boaventura de Souza Santos (1940-) chegam a incorrer na precariedade de tentar denominar e amalgamar sociólogos do porte de Erik Olin Wright (1947-), Elliot Sober (1948-), Nicos Mouzeli (1939-) e outros num rol de versões autorais fracas do materialismo histórico e imiscuindo pós-marxismo com marxismo analítico como se fossem de uma mesma denominação.

Isto não significa, contudo, que a sociedade seja totalmente contingente ou indeterminada, como querem Laclau e Mouffe. Entre um determinismo fechado e a total indeterminação, vários autores têm vindo a propor versões fracas de materialismo histórico como, por exemplo, E. O. Wright, A. Levine e Sober (1992), por um lado, e Nicos Mouzeli (1990), por outro. A proposta de Wright, Levine e Sober é particularmente sofisticada. Nos seus termos é ainda a correspondência ou a contradição entre forças produtivas e relações de produção que cria as condições necessárias e a direção da transformação social, bem como os meios desta (a luta de classes); mas, ao contrário do que reivindica o materialismo histórico ortodoxo, tal proposta não cria as condições suficientes e, por essa razão, limita-se a definir um “mapa histórico” de possibilidades (SANTOS, 2008, p.34).

Nosso foco de atenção teórica com certeza não são os autores denominados do materialismo analítico como são considerados Wright, Levine, Sober e Mouzeli. Mas se atendo a denominação que Santos emprega para apresentar Laclau e Mouffe, aparentemente ele omite determinados trechos da obra mais importante desta dupla de autores em que não existe “mapa histórico” de possibilidades, mas sim possibilidades contingentes de determinação:

Se trata de agentes sociais formados em torno de interesses determinados pelas relações de produção, a racionalidade da ação e formas de cálculo político pode ser determinada a partir da lógica do modo de produção (LACLAU; MOUFFE, 1987, p.137)²⁴.

Em outras palavras, existe sim indeterminação em Laclau e Mouffe, mas a indeterminação de que os mesmos abordam se trata dos limites possíveis com que diferentes discursos são empregados para que precariamente os indivíduos sejam assujeitados em determinados limites de significação. Laclau e Mouffe (1987) iniciam sua postulação mais conhecida promovendo toda uma remissão dos pressupostos marxistas e socialdemocratas que Antonio Labriola (1843-1904), Georges Eugene Sorel (1847-1922), Eduard Bernstein (1850-1932), Karl Kautsky (1854-1938), Georgi Valentinovitch Plekhanov (1856-1918), Benedetto Croce (1866-1952), Vladimir Illich Lênin (1870-1924), Rosa Luxemburgo (1871-1919), Max Adler (1873-1937), Giovanni Gentile (1875-1944), Otto Bauer (1881-1938) e outros haviam elucubrado. Segundo os denominados autores pós-marxistas, os pressupostos marxistas e socialdemocratas de toda essa leva de pensadores teriam constituído três grandes respostas perante as omissões que o materialismo histórico acabou incorrendo. A primeira resposta teria sido a constituição de uma ortodoxia teórica marxista. A segunda resposta teria descambado na socialdemocracia e em toda a constituição de propostas revisionistas e de terceira via na relação estabelecida entre o capital e o trabalho. Por fim o próprio sindicalismo através de alguns expoentes havia ensaiado algumas propostas revolucionárias de sociedade.

²⁴ Tradução livre do autor desta dissertação de mestrado.

As distinções público - privado, sociedade civil - sociedade política, são tão somente o resultado de um certo tipo de articulação hegemônica, e seus limites variam segundo as relações de força em cada momento dado (LACLAU; MOUFFE, 1987, p.231)²⁵.

Em nossa pesquisa anterior (FÜHR, 2013) utilizamos a distinção pública - privada como cerne das problematizações discursivas de nosso objeto de estudo. Em nossa pesquisa atual não conseguimos fugir a referência desta distinção assim como também da distinção entre sociedade civil – sociedade política. Estas distinções constituem segundo Laclau e Mouffe uma articulação hegemônica como iremos descrever melhor em um capítulo específico de nosso dissertar. A compreensão de abertura da sociedade civil e da defesa de sua democracia como valor universal é um dos pressupostos constantes no pós-marxismo:

Tudo isso não quer dizer, desde sempre, que em certos casos a divisão entre Estado e sociedade civil *não pode* constituir a linha política fundamental de demarcação – (...). Mas, em todo caso, é claro que é impossível assinalar *a priori* o Estado ou a sociedade civil como a superfície de emergência dos antagonismos democráticos (LACLAU; MOUFFE, 1987, p.226, grifos do autor citado)²⁶.

Novamente aqui Laclau e Mouffe evidenciam em seu discurso conceitual a postura pós-estrutural de conceber que limites ou distinções existem entre a sociedade civil e a sociedade política (=Estado) tal como denominava Gramsci. Entretanto esta delimitação ou distinção é precária tendo em vista que apesar dos campos jurídicos, administrativos, contábeis e outros segregarem ambivalências do público e do privado, sabemos que em várias situações estas mesmas ambivalências revelam similitudes e a sua denominada limitação distintiva cai por terra. Laclau e Mouffe intentam através de suas elucubrações teóricas indicar alguns caminhos em defesa de uma radicalização da democracia não somente em direção a sociedade política = Estado, mas também da própria sociedade civil e suas diferentes formas de organização. As problematizações que Laclau e Mouffe trazem, embasadas em estreito diálogo com a Psicanálise, surtem uma riqueza de possibilidades discursivas onde a sutura de espaços políticos e as multiplicidades de práticas se ampliam:

Toda luta democrática emerge no interior de um conjunto de posições de um espaço político relativamente suturado, formado por uma multiplicidade de práticas que no esgotam, sem embargo, a realidade referencial e empírica dos agentes que formam parte das mesmas (LACLAU; MOUFFE, 1987, p.175)²⁷.

²⁵ Tradução livre do autor desta dissertação de mestrado.

²⁶ Tradução livre do autor desta dissertação de mestrado.

²⁷ Tradução livre do autor desta dissertação de mestrado.

No pós-marxismo a ideia um espaço onde a totalidade possa ser concebida também se desloca e se amplifica. A interpretação superficial que encarava o materialismo histórico canonizando o conceito de uma totalidade estática e completa é totalmente rechaçada. A totalidade se torna discursiva e articulada com as diferentes posições diferenciais dos sujeitos e suas identidades relacionais:

Agora, em uma totalidade discursiva bem articulada, na qual todo elemento ocupa uma posição diferencial – em nossa terminologia: na qual todo elemento ocupa uma posição diferencial – uma identidade é relacional e destas relações tem um caráter necessário (LACLAU; MOUFFE, 1987, p.144)²⁸.

Para Laclau e Mouffe assim como para outros autores pós-marxistas o conceito de uma totalidade não se concretiza na noção de indivíduo/sujeito ou muito menos na noção de sociedade. A noção de “(...) totalidade é impossível e ao mesmo tempo requisitada pelo particular (LACLAU, 2011, p.42)” na relação dialética entre os indivíduos/sujeitos e os muitos espaços sociais em que a sociedade suturada precariamente se constitui enquanto discurso. Como esta noção implica diálogos como noções psicanalíticas de difícil apreensão teórica/conceitual/prática, parece “(...) que está havendo uma inversão no sentido do macro para o micro, restando-nos o desafio de tentar articular esses dois níveis de apreensão da realidade (COHN,1992, p.114)”. Esta é uma crítica muito comum dos autores denominados materialistas as postulações de Foucault e demais pós-estruturalistas. O problema é muito mais nefrágico do que a superficialidade precária deste discurso antinômico entre materialistas e pós-estruturalistas. A forma como se estruturou a noção de indivíduo moderno enquanto sujeito através do individualismo supõe quase que aceitemos concordar com Terry Eagleton (1943-) de que “(...) o conceito de totalidade tem grandes chances de cair junto (...) (EAGLETON, 1998, p.19)” com a noção de indivíduo, já que o indivíduo não é mais indivíduo, mas sim, sempre já sujeito conforme Althusser (1985) postulou. Entretanto mesmo que os indivíduos sejam sempre já sujeitos, isso não quer dizer que a noção de individualismo deixe de ser importante. Pelo contrário, o individualismo é uma das ideologias que assujeita o indivíduo moderno supostamente autônomo:

Podemos pensar então que o individualismo é uma ideologia moderna que apregoa a subordinação do indivíduo à totalidade social, assim se divulga um ser moral independente e autônoma sem qualquer responsabilidade ou implicação com as questões sociais e políticas, características essas, por assim dizer, do indivíduo moderno (LARA JR., 2010, 75-76).

²⁸ Tradução livre do autor desta dissertação de mestrado.

Dessa forma, apesar de algumas interpretações superficiais do pós-marxismo afirmarem que seus autores rejeitam a categoria de totalidade, Laclau (2011, p.154) considerado um pós-marxista reafirma que a “(...) categoria ‘totalidade social’ não pode ser certamente abandonada (...). Contudo ‘totalidade’ torna-se agora o nome de um horizonte, e não mais de um fundamento” assim como era considerado junto aos pressupostos do materialismo histórico convencional:

“Particularismo” é um conceito essencialmente relacional: algo é particular em relação a outras particularidades, e o conjunto delas pressupõe uma totalidade social no interior da qual elas são constituídas. Assim, se a própria noção de totalidade social está em questão, a de identidades “particulares” é igualmente ameaçada. A categoria de totalidade continua nos rondando pelos efeitos que derivam de sua ausência (LACLAU, 2011, p.39).

Para o pós-marxismo presente em Laclau (2011, p.199), outro conceito que merece as devidas reconsiderações é o da “(...) identidade entre sua própria particularidade e seu papel de significação da totalidade”. Ambos os conceitos, totalidade e identidade, estariam em íntima relação tendo em vista que o “(...) ponto básico é o seguinte: não posso afirmar uma identidade diferencial sem distingui-la de um contexto, e, no processo de fazer uma distinção, afirmo o contexto simultaneamente (LACLAU, 2011, p.56)”. É no contexto onde ocorre o discurso que as diferentes identidades relacionais irão tentar significar a totalidade que lhes são particulares tentando enunciá-las como universais perante outras identidades através do poder:

Pois, se cada identidade estiver numa relação diferencial, não antagonística com todas as outras, então a identidade em questão será puramente diferencial e relacional; assim, pressuporá não só a presença de todas as outras identidades, mas também o fundamento total que constitui as diferenças enquanto diferenças. Pior ainda: sabemos muito bem que as relações entre grupos são constituídas como relações de poder, isto é, que cada grupo é diferente dos demais e constitui em muitos casos essa diferença com base na exclusão e subordinação dos outros grupos (LACLAU, 2011, p.55).

Quando falamos de identidade temos que contextualizar muito bem a que estamos nos referindo. A noção de identidade pode ser contextualizada como “(...) categorias que operam no círculo (...) (AROUCA, 2003, p.126)”, como o “(...) propósito de um indivíduo ou de um grupo (MELUCCI, 2004, p.44)”, como uma relação ideológica entre “‘técnica’ e ‘pensamento em ato’ (GRAMSCI, 2004, p.182)” ou ainda como vários outros discursos possíveis. Cabe aos sujeitos do campo discursado aventarem em que contexto de significação o conceito significativo de identidade está fazendo referência através de sua prática discursiva:

Se o jogo das restrições que definem a “língua”, a de Saussure e dos linguistas, supõe que não se pode dizer tudo, o discurso, em outro nível, supõe, pois, que, no interior de um idioma particular, para uma sociedade, para um lugar, um momento definidos, só uma parte do dizível é acessível, que esse dizível constitui um sistema e delimita uma identidade (MAINGUENEAU, 2005, p.16).

Depois das contribuições advindas do giro linguístico e da perspectiva pós-estrutural toda “(...) identidade é uma identidade constituída numa ordem discursiva (MENDONÇA, 2008, p.63)”, portanto dada por um sistema de práticas existentes no discurso. O conceito de identidade tem sido um conceito bem emblemático junto às discussões teóricas e conceituais junto ao campo disciplinar das Ciências Humanas e Sociais:

A identidade tem sido o mais urgente e, ao mesmo tempo, o mais disputado tema da Literatura e das Ciências Humanas. Para além da academia, o movimento feminista que se desenvolveu entre os anos de 1960 e 1970 e os violentos conflitos étnicos, de 1980 a 1990, evidenciaram que o uso de concepções sociais e culturais de identidade como base para as ações políticas eram extremamente incoerentes e problemáticas (LIMA, 2014, p.20).

Para Mendonça (2008, p.59) e demais pesquisadores adeptos da Teoria do Discurso as “(...) identidades devem ser percebidas em contextos históricos distintos, cujos sentidos por ela produzidos são sempre, portanto, contingentes e precários”. Mendonça (2008) assim como outros autores fiduciários as proposições de Laclau e Mouffe (1987), concebem o político do conceito de identidade sempre em delimitação de outro antagonista que constitui a própria relação estabelecida nos limites da prática discursiva em contexto.

Para Laclau e Mouffe, todas as identidades são relacionais e a condição de existência de uma identidade passaria pela delimitação de um outro, que desempenhará o papel de elemento externo constitutivo. (...) A política é, para os autores, uma categoria ontológica, o que implica na definição de todo sujeito como político. A transformação social se realiza assim, por lutas políticas e não por uma autotransformação de caráter objetivo (MARQUES, 2008, p.91).

A ontologia da política na Teoria do Discurso proposta por Laclau e Mouffe (1987), pressupõe igualmente a existência do “outro” perante um “eu” ou de um “eles” perante um “nós” em termos coletivos. Em outras palavras, o conceito de antagonismo, que é diferente do conceito de contradição da tradição marxista, adquire “(...) importância fundamental para a construção de lógicas, identidades e fronteiras políticas (MENDONÇA, 2012, p.205)” junto à Teoria do Discurso. Na fundamentação bibliográfica de nosso dissertar não ousamos utilizar toda a bibliografia pertinente de Laclau e Mouffe nesse quesito, até porque, teríamos que adentrar na discussão de categorias importantes como deslocamento, agonismo e suas implicações em termos de pesquisa, metodologia e teoria que já possui vasta produção científica e acadêmica recente.

As elucubrações teóricas e conceituais que discorreremos no presente dissertar, já apresentam inúmeras implicações, que resolvemos articular discursivamente em nossas problematizações de pesquisa, apenas, com a clássica obra de Laclau e Mouffe (1987) *Hegemonía y Estrategia Socialista*, a obra anterior de Laclau (1978) *Política e ideologia na teoria marxista: capitalismo, fascismo e populismo* em suas remissões e o contemporâneo livro de Laclau (2011) *Emancipação e diferença* em paralelo com postulações de pesquisadores que desenvolvem o pensamento do referido autor no Brasil. Deixamos com isso de trazer o debate teórico mais recente no qual Laclau, juntamente com Slavoj Žižek, Yannis Stavrakakis, Aletta Norval, Urs Stäheli e outros pensadores; aprimoram as formulações da Teoria do Discurso com a proposição de novas categorias conceituais. Aprofundamentos nesse sentido poderão ser realizados em futuros empreendimentos de pesquisa que viermos a realizar. Não adentramos nas contribuições mais recentes da Teoria do Discurso de Laclau e Mouffe, tendo em vista que a categoria de antagonismo perdeu espaço para categorias como deslocamento e agonismo que não utilizamos em nossa abordagem. Mesmo não sendo uma categoria central em nossa análise, a categoria de antagonismo apresenta implicações empíricas significativas em nossa pesquisa que serão melhor apresentadas em seguida:

Apesar de antagonismo social ser uma categoria que perdeu a sua centralidade na teoria do discurso para a de deslocamento, ela é ainda a *conditio sine qua non*, para Laclau, em relação à possibilidade de existência de discursos. No entanto, outros autores dessa mesma matriz teórica colocam em questão o antagonismo como a única possibilidade de constituição de discursos (MENDONÇA, 2012, p. 216).

Para Laclau e Mouffe em sua obra clássica (1987), a categoria de antagonismo ainda possui a centralidade discursiva de impossibilidade última do social se constituir em seu próprio limite. Em outras palavras pode-se “(...) dizer que o antagonismo é causa da constituição discursiva pelo processo de identificação que ele promove, não podemos afirmar que ele é a própria articulação de sentidos (MENDONÇA, 2012, p.224)”. Desse modo, elencamos as categorias de articulação e hegemonia da Teoria do Discurso que juntamente com outras categorias da Análise do Discurso possuem a centralidade analítica de nossa pesquisa, sem desmerecer a categoria de antagonismo, mas alocando a mesma como noção que permeia o entendimento topológico de nosso campo de pesquisa.

Mas sim, como temos visto o social somente existe como esforço parcial por instituir a sociedade – isto é, um sistema objetivo e fechado de diferenças -, o antagonismo, como testemunha da impossibilidade de uma sutura última, é a “experiência” do limite do social (LACLAU; MOUFFE, 1985, p. 169)²⁹.

²⁹ Tradução livre do autor desta dissertação de mestrado.

As categorias de articulação e hegemonia são importantes em nossa pesquisa porque estabelecem uma antinomia aparente que se coloca quando discursamos sobre a formação em saúde. A antinomia entre o que se consensuou ser a formação dos profissionais junto ao campo da saúde e o que se tenciona propor em ambivalência a este consenso. Desse modo, as categorias de articulação e hegemonia estabelecem o antagonismo discursivo necessário para que possamos formular as problematizações necessárias perante nosso campo de pesquisa. Quando estabelecemos tal sentido discursivo, é necessário também que a dicotomia entre as práticas articulatórias e suas identidades sejam definidas não em sua essência, mas em seu horizonte de significações:

Esta forma de nos aproximar do problema da articulação, parecia conter todos os elementos necessários para resolver as aparentes antinomias que enfrentávamos na lógica da hegemonia: por um lado, o caráter aberto e incompleto de toda identidade social permite sua articulação a diferentes formações históricas discursivas – é dizer, que “blocos”, no sentido de Sorel e Gramsci -; por outro lado, a identidade da mesma força articulante se constitui no campo geral da discursividade – o que elimina toda referência a um sujeito transcendental ou originário -. Sem embargo, antes de formular nosso conceito de hegemonia, duas questões prévias devem ser tratadas. A primeira se vincula ao status preciso que em nossa análise acordaremos a categoria “sujeito”; a segunda, o conceito de *antagonismo*, já que, em uma de suas dimensões capitais, a prática articulatória em que a hegemonia consiste define sua identidade por oposição a práticas articulatórias antagônicas (LACLAU; MOUFFE, 1985, p. 154-155)³⁰.

Enquanto que o “(...) papel do antagonismo, nas palavras de Laclau, é gerar a dicotomização discursiva. Em nossas palavras, antagonismo tem a função de gerar um tipo específico de *identificação política* (MENDONÇA, 2012, p.224)” das práticas articulatórias:

Dessa maneira, a lógica discursiva proposta por Laclau e Mouffe (1985) é o resultado de práticas articulatórias que fixam sentidos parciais por meio de pontos nodais que articulam elementos/momentos. Assim, qualquer constituição discursiva, pensada em termos de sistema discursivo, simboliza, estrutura e reestrutura sentidos, tendo em vista que estamos diante de um processo de constante significação (MENDONÇA, 2012, p.214).

Mendonça (2012) nos reitera mais uma vez que a categoria de identidade na perspectiva pós-estrutural tem possibilidade através da noção de ponto nodal constituinte. Segundo ele a “(...) identidade para constituir força suficiente para lutar contra seu opressor precisa inexoravelmente tornar-se algo além de sua mera particularidade para que esta consiga tornar-se um ponto nodal constituinte de uma cadeia de equivalências (...) (MENDONÇA, 2008, p.67)”. Por isso a noção de totalidade para o pós-estruturalismo assume uma nova proposição. A totalidade perde sua função de fundamento discursivo e adquire a função de horizonte discursivo para as teorias científicas que tentam apreender o real.

³⁰ Tradução livre do autor desta dissertação de mestrado.

Por conseguinte, não existe identidade entre realidade e consciência; não existe identidade entre totalidade social e totalidade da consciência ou totalidade da teoria. Existe, ao contrário, um esforço da teoria de chegar à totalidade do real. A teoria se esforça continuamente para construir sua totalidade e para captar nessa sua totalidade a totalidade efetiva do real. Mas, toda vez que a teoria se confronta com o real, através da práxis, a teoria entra em crise, é obrigada a comprovar-se, a corrigir-se, a desenvolver-se, em alguns casos, deve mesmo negar-se (GRUPPI, 1978, p.135).

Estando a identidade vinculada ao contexto; e a totalidade não mais vinculada como fundamento, mas sim como horizonte; resta apresentarmos ainda como o pós-marxismo, denominado pós-estruturalismo, postula estes mesmos horizontes de discursos junto aos contextos de enunciação. Laclau e Mouffe são denominados pós-marxistas tendo em vista que adotam a perspectiva pós-estrutural de desfazer alguns postulados de verdade que encontram nas remissões dos escritos marxistas. Dentre as remissões que os citados autores tentam desfazer em sua obra mais clássica elencamos a abertura da sociedade civil para uma radicalização da democracia; e também a nova concepção de totalidade social que assola o marxismo estrutural. Por fim, a terceira grande remissão proposta por Laclau e Mouffe (1987), mas também presente em vários outros autores pós-marxistas e correlatos, é a dúvida perante a preponderância da identidade proletária como agente da transformação social e seus discursos contextuais:

Logo desde que não se trata nem de negar que certas práticas requerem a intervenção do político em sentido restrito. O que queremos indicar é que a política enquanto criação, reprodução e transformação das relações sociais, não pode ser localizada a um nível determinado do social, já que o problema do político é o problema da instituição do social, é dizer, da definição e articulação de relações sociais em um campo sulcado por antagonismos (LACLAU; MOUFFE, 1987, p.195)³¹.

Como a política não é restrita apenas a intervenção de agentes identificados em suas relações econômicas e de classe, mas também identificados em suas relações sanitárias, culturais, religiosas e de outros campos igualmente ideológicos e sociais nos quais diferentes discursos são enunciados e assumidos; a preponderância da identidade de classe é questionada. A noção de articulação passa então a se constituir em importante conceito junto a qualquer análise pós-marxista que se utilize de conceitos pós-estruturais como tencionamos realizar. Laclau (1978, p.115) antes mesmo de compor sua parceria com Mouffe, já postulava que as ideologias se transformavam “(...) através da produção de sujeitos e da articulação/desarticulação dos discursos” junto às classes sociais, mas também perante outros limites do social tais como gênero, opção sexual, etnia ou outro fundamento de identificação.

³¹ Tradução livre do autor desta dissertação de mestrado.

O perfil da ação social deriva da *articulação* específica que lhe subjaz e muda com a mudança de articulação. As práticas sociais não têm, pois, a sustentação de nenhum esqueleto estrutural nem é possível distinguir nelas compartimentos reificados como, por exemplo, a economia, a política, a cultura. Pela mesma razão, não há atores sociais privilegiados, sejam eles o operariado ou quaisquer outros. Uma posição, portanto, radicalmente pós-marxista (SANTOS, 2008, p.32, grifo nosso).

Realizadas estas ponderações basilares acerca das relações e remissões teóricas entre o que se convencionou denominar de pós-marxismo e pós-estruturalista; podemos agora evidenciar de que categorias conceituais destas abordagens julgamos salutares serem utilizadas em nossa pesquisa para dar conta dos limites de problematizações que aventamos.

2.2 REVISSÕES CONCEITUAIS DO PÓS-MARXISMO AO PÓS-ESTRUTURALISMO

Como mencionamos anteriormente, vários autores realizaram diálogos profícuos entre o materialismo histórico e as abordagens pós-estruturais próximas ou distantes das formulações do pós-marxismo. Podemos indicar assim como Gárcia (1989, p.86) que a “(...) aplicação do estruturalismo (...) revelou suas limitações e mostrou a necessidade de associá-lo com outros métodos de investigação”. O pós-estruturalismo em seu gesto teórico (com o qual viemos promovendo a formulação deste dissertar) possibilita um método de investigação facilmente associável às noções estruturais indissociáveis do campo da saúde e que não são possíveis de remissão:

O gesto fundamental do “pós-estruturalismo” é a inversão do tema do “sujeito da produção” na “produção do sujeito”: “o sujeito da produção” (centro autônomo, ativo, produtivo, que se objetiva e produz seu mundo) é ele mesmo, produzido, efeito específico do processo textual trans-subjetivo – o efeito-sujeito, que são as diversas “posições do sujeito”, os diversos modos da “vivência”, da cegueira com que os indivíduos se concebem como “autores” do processo histórico (ZIZEK, 2003, p.207).

A produção do sujeito, indicada no gesto fundamental do pós-estruturalismo, decorre do caráter atribuído ao discurso. O discurso como já mencionamos, em Foucault é extrapolado através do conceito de prática discursiva para recobrir não somente as questões teóricas do discurso, mas também as questões práticas com as quais regras históricas e anônimas determinadas no espaço e no tempo definiram determinadas formações sociais com efeitos de identificação perante os sujeitos das ações enunciativas:

Finalmente, o que se chama "prática discursiva" pode ser agora precisado. Não podemos confundi-la com a operação expressiva pela qual um indivíduo formula uma ideia, um desejo, uma imagem; nem com a atividade racional que pode ser acionada em um sistema de inferência; nem com a "competência" de um sujeito falante, quando constrói frases gramaticais; é um conjunto de regras anônimas, históricas, sempre determinadas no tempo e no espaço, que definiram, em uma dada época e para uma determinada área social, econômica, geográfica ou linguística, as condições de exercício da função enunciativa (FOUCAULT, 2008, p.133).

Quando expressamos o termo formação social “é preciso compreender um feixe complexo de relações que funcionam como regra: ele prescreve o que deve ser correlacionado em uma prática discursiva (FOUCAULT, 2008, p.82)” ou não. Determinadas formações sociais obliteram determinadas práticas discursivas em detrimento de outras. Contemporaneamente é frequente que determinadas formações sociais evitem tratar de determinadas práticas discursivas que evidenciam os efeitos ideológicos, alienantes e reducionistas de determinadas enunciações. Estas formações sociais chegam inclusive a evidenciar em suas enunciações que a concepção de discurso anularia a noção de ideologia. Em nossa percepção esta enunciação não se verifica. Pelo contrário! Assim como o sanitarista Arouca (2003, p.74) já postulava, “(...) um discurso não anula forçosamente, por isso, sua relação com a ideologia. O papel desta não diminui à medida que cresce o rigor em que a falsidade se dissipa” através do teor ideológico presente em qualquer discurso. A imprecisão de determinados conceitos só reforça determinadas práticas discursivas. Assim como Arouca (2003, p.94) temos “(...) nos referido constantemente ao conceito de ideologia, sem deixa-lo claro. O próprio Foucault utiliza esse conceito para discutir as relações entre ciência e saber, sem também explicitar como está entendendo o seu significado”:

Em resumo, a questão da ideologia proposta à ciência não é a questão das situações ou das práticas que ela reflete de um modo mais ou menos consciente; não é, tampouco, a questão de sua utilização eventual ou de todos os empregos abusivos que se possa dela fazer; é a questão de sua existência como prática discursiva e de seu funcionamento entre outras práticas (FOUCAULT, 2008, p.207).

A ideologia para Foucault enquanto discurso, ou seja, enquanto prática discursiva é a sua tentativa de superar a antinomia entre teoria e prática e suas distintas ambivalências. Foucault assim como Marx, Gramsci, Bourdieu e outros pensadores está tencionando estabelecer uma estratégia teórica para que a dicotomia entre a relação prática e teórica seja dialetizada. Afinal, mesmo que se verifiquem discrepâncias entre aquilo que teoricamente é proposto enquanto prática ou entre aquilo que se pratica propositado enquanto teoria, a teoria discursada tem implicações práticas e a prática exercida tem implicações teóricas apesar de suas contradições se verificarem. Para “(...) cada uma dessas regiões, a ideologia existe sob uma forma mais ou menos difusa, mais ou menos irreflexiva (ideologia prática) ou sob a forma de mais ou menos consciente, reflexiva e sistematizada (ideologia teórica) (AROUCA, 2003, p.97)”. Gramsci (2004, p.151) indicava que tanto a teoria enquanto prática ou a prática enquanto teoria estão imersos em “(...) questões de natureza imediata, política, ideológica (entendida a ideologia como fase intermediária entre a filosofia e a prática cotidiana)”.

Para Gramsci (2004, p.96) a “(...) filosofia é uma ordem intelectual (...), o que com efeito, não existe filosofia em geral: existem diversas filosofias ou concepções do mundo, e sempre se faz uma escolha entre elas”. Essa escolha é a ideologia enunciada como discurso, ou melhor, como prática discursiva. Não podemos esquecer igualmente que a escolha prática “(...) implica uma teoria, opera-se necessariamente uma divisão inconsciente de suas escolhas em função de uma teoria inconsciente, isto é, quase sempre de uma ideologia (BOURDIEU, 1999, p.61)”. Como mencionamos anteriormente, determinadas formações sociais obliteram determinadas práticas discursivas que evidenciam os efeitos ideológicos presentes nas intencionalidades das ações práticas e teóricas:

O sentido pejorativo da palavra tornou-se exclusivo, o que modificou e desnaturou a análise teórica do conceito de ideologia. O processo deste erro pode ser facilmente reconstruído: 1) identifica-se a ideologia como sendo distinta da estrutura e afirma-se que não são as ideologias que modificam a estrutura, mas vice-versa; 2) afirma-se que uma determinada solução política é “ideológica”, isto é, insuficiente para modificar a estrutura, enquanto crê poder modifica-la se afirma que é inútil, estúpida, etc.; 3) passa-se a afirmar que toda ideologia é “pura” aparência, inútil; estúpida, etc. (GRAMSCI, 2004, p.237).

Em nossa pesquisa anterior (FÜHR, 2013) realizamos uma breve arqueologia do conceito de ideologia junto ao campo sociológico da ciência, assim como o fizemos com os conceitos de social e saúde no primeiro capítulo da presente dissertação. Discorremos sobre a ideologia e a sua indeterminação enquanto conceito fez com que o mesmo “(...) tenha sido utilizado de diferentes maneiras por um grupo de autores como Gurvitch, Manheim, Sorel, Horney e outros. Porém, são os trabalhos desenvolvidos pelo grupo de Althusser que iniciam a tentativa de se estabelecer uma Teoria da Ideologia (AROUCA, 2003, p.96)” de forma que as racionalizações exacerbadas a respeito do conceito sejam dirimidas:

Não há dúvida de que Althusser desfere um golpe mortal contra qualquer teoria puramente racionalista de ideologia – contra a noção de que ela consiste apenas em uma coletânea de representações que distorcem a realidade e de proposições empiricamente falsas. Ao contrário, a ideologia para ele refere-se principalmente a nossas relações afetivas e inconscientes com o mundo, aos modos pelos quais, de maneira pré-reflexiva, estamos vinculados à realidade social (EAGLETON, 1997, p.30).

Althusser em suas teses sobre a ideologia continua nos servindo de baluarte assim como já nos foi importante em nossos escritos anteriores. Na verdade a aproximação teórica entre Althusser e Gramsci é o que nos possibilitou o contato com Laclau e Mouffe, já que das diversas abordagens sociológicas, é a única que estabelece um diálogo promissor entre ambos.

Quando realizamos o estudo sobre os conselhos municipais de saúde (aparato este de fortes conotações gramscianas, como a concepção de controle social, exercido pela sociedade civil em relação s sociedade política = Estado) se utilizando de teoria da ideologia (proposta por Althusser e fundamentada em outros autores) alguns questionamentos teóricos surgiram sobre a possibilidade ou não de podermos conciliar Gramsci e Althusser em uma mesma análise sociológica. A provocação dos questionamentos decorria da suposta antinomia implícita entre a postulação de Gramsci em conceber possibilidades de a sociedade civil aparelhar a sociedade política=Estado; enquanto Althusser postula a possibilidade inversa evidenciando as diversas formas de aparelhamento com que a sociedade política=Estado se utiliza para sobrepujar a sociedade civil. A possibilidade de superação desta implicação teórica superficial foi encontrada na obra já elencada de Laclau e Mouffe (1987) que apresenta o diálogo possível entre os postulados de Gramsci e Althusser e que de fato foram utilizados com centralidade em nossa pesquisa anterior: a materialidade da ideologia:

Duas importantes consequências seguem-se disto: a primeira, que a materialidade do discurso não pode encontrar o momento de sua unidade na experiência ou na consciência de um sujeito fundante, já que o discurso tem uma existência objetiva e não subjetiva; pelo contrário, diversas *posições de sujeito* aparecem dispersas no interior de uma formação discursiva. A segunda consequência é que a prática de articulação como fixação / deslocação de um sistema de diferenças tampouco pode consistir em meros fenômenos linguísticos, sim que devem atravessar toda a espessura material de instituições, rituais, práticas de diversas ordens, através das quais uma formação discursiva se estrutura. O reconhecimento desta complexidade e do caráter discursivo da mesma se foi abrindo caminho obscuramente no campo da teorização marxista e adotou uma forma característica: a afirmação crescente, de Gramsci a Althusser, do caráter material *das ideologias*, entretanto que estas não são simples sistemas de ideias, sim que se encarnam em instituições, rituais, etc. (LACLAU; MOUFFE, 1987, p.148, grifos do autor citado)³².

Era esta a possibilidade que evidenciamos e reforçamos em nossa pesquisa anterior (FÜHR, 2013). Perceber que tanto a sociedade civil quanto a sociedade política materializam suas ideologias em instituições, rituais e práticas para além de qualquer suposição de aparelhamento por parte de uma sobre a outra e vice versa. A sociedade não mais percebida como uma totalidade fundacional, mas sim como uma totalidade de horizonte discursivo, ou seja, como um campo em disputa de forças que tentam instituir suas verdades, abre possibilidades para uma análise mais apurada sobre determinadas nuances das práticas discursivas. Uma análise que evidencie as diferentes estratégias utilizadas pelos diferentes grupos sociais que enquanto sociedade política ou sociedade civil disputam o poder para instituir, ritualizar e praticar determinadas ideologias em detrimento de outras.

³² Tradução livre do autor desta dissertação de mestrado.

Laclau e Mouffe (1987) não evidenciam por outro lado uma distinção importante entre as noções discursivas sobre ciência/saber/ideologia que Foucault (2008) opôs perante as noções materialistas de ideologia/saber/ciência legadas por Althusser (1985). Este não era um dos focos de Laclau e Mouffe (1987) em sua obra clássica na verdade. Entretanto como em nossa pesquisa as relações entre ciência/saber/ideologia ou ideologia/saber/ciência estão presentes de sobremaneira, junto ao nosso objeto de pesquisa, não podemos deixar de evidenciar que Foucault realiza clara oposição à Althusser em termos discursivos:

Ao invés de percorrer o eixo consciência-conhecimento-ciência (que não pode ser liberado do índice da subjetividade), a arqueologia percorre o eixo prática discursiva-saber-ciência. Enquanto a história das ideias encontra o ponto de equilíbrio de sua análise no elemento do conhecimento (encontrando-se, assim, coagida a reencontrar a interrogação transcendental), a arqueologia encontra o ponto de equilíbrio de sua análise no saber - isto é, era um domínio em que o sujeito é necessariamente situado e dependente, sem que jamais possa ser considerado titular (seja como atividade transcendental, seja como consciência empírica) (FOUCAULT, 2008, p.205).

Conforme Arouca (2003, p.82) “Foucault trata da distinção entre ciência e saber, está realizando uma crítica das análises de Althusser sobre a ciência e a ideologia, diferenciando saber da ideologia”. Enquanto que para o materialismo dialético althusseriano o eixo consciência-conhecimento-ciência não dicotomizaria a consciência (sujeito) da ciência (objeto) através do conhecimento que media a relação (ideologia), Foucault ao elencar o eixo prática discursiva-saber-ciência acaba por dicotomizar o saber (sujeito) da ciência (objeto) já que o saber (sujeito) está na medição entre práticas discursivas (regras anônimas, históricas, sempre determinadas no tempo e no espaço, ou seja, ideologia) com a ciência (objeto).

Em outras palavras o saber (sujeito) é duplamente contingenciado: tanto pelas práticas discursivas (regras anônimas, históricas, sempre determinadas no tempo e no espaço) como pela ciência (objeto). Foucault então, apesar de enunciar que seu discurso através da arqueologia possibilita um ponto de equilíbrio que evite a coação de análise do saber (sujeito), na verdade está coagindo o sujeito do saber de forma dupla: tanto pelas práticas discursivas, quanto pela ciência e desconsiderando que o sujeito é consciente e também inconsciente de sua articulação através do conhecimento:

O conceito de ideologia no materialismo histórico, efetivamente, não é o reverso da ciência, mas sim uma instância da superestrutura, dotada de uma materialidade, como o próprio Althusser reconhece e trabalhos posteriores, com função real dentro de uma dada formação social, determinada historicamente. Dessa maneira, assume as características atribuídas por Foucault ao saber, já que não é pelo simples fato de existir uma ciência que desaparecerá a ideologia (AROUCA, 2003, p.82-83).

Enquanto Foucault (2008, p.43, grifos nossos) “(...) trata de uma *formação discursiva* - evitando, assim, palavras demasiado carregadas de condições e consequências, inadequadas, aliás, para designar semelhante dispersão, tais como "ciência", ou "ideologia", ou "teoria" (...)”, Althusser não quer evitar estas palavras demasiado carregadas. Althusser quer justamente evidenciar no quanto as palavras estão carregadas de ideologia para evitar incorrer no risco de começar a conceber discursos científicos sem sujeito, o que não é verificável:

Ora é a este conhecimento que é preciso chegar, se quisermos, embora falando na ideologia e do seio da ideologia, esboçar um discurso que tente romper com a ideologia para correr o risco de ser o começo de um discurso científico (sem sujeito) sobre a ideologia. Portanto, para representar porque é que a categoria de sujeito é, constitutiva da ideologia, que só existe pela constituição dos sujeitos concretos em sujeitos, vou empregar um modo de exposição particular: suficientemente «concreto» para que seja reconhecido, mas suficientemente abstrato para que seja pensável e pensado, dando lugar a um conhecimento (ALTHUSSER, 1985, p.98).

Conforme Arouca (2003, p.51, grifo nosso) nos indica “(...) para a ciência dos discursos ideológicos, já que estão como que falseadas, ao nível de uma resposta dada na *articulação* das estruturas discursivas. Resposta esta que em Foucault não tem ainda a questão produzida (...)” em seu conceito. Foucault não tem uma questão produzida em seu conceito porque acabou coagindo o saber do sujeito entre a prática discursiva e a ciência. Ao evitar palavras demasiado carregadas como ideologia, Foucault acaba deixando de evidenciar que “(...) a ideologia existe para sujeitos concretos, e esta destinação da ideologia só é possível pelo sujeito: isto é, pela *categoria de sujeito* e de seu funcionamento (ALTHUSSER, 1985, p.93, grifos do autor)” seja através do conhecimento ou do saber enquanto práticas discursivas. Assim como o próprio Foucault defende e postula:

(...) um saber é, também, o espaço em que o sujeito pode tomar posição para falar dos objetos de que se ocupa em seu discurso (...); mas não há saber sem uma prática discursiva definida, e toda prática discursiva pode definir-se pelo saber que ela forma (FOUCAULT, 2008, p.204-205).

A Teoria da Ideologia proposta por Althusser possibilita que vinculemos os sujeitos à realidade através da materialidade da ideologia que segundo ele é evidente. Não custa lembrar que para Althusser (1985, p.88) a ideologia representa não somente “(...) a relação imaginária dos indivíduos com suas condições reais de existência (ALTHUSSER, 1985, p.88)”, mas também que a “ideologia tem uma existência material (ALTHUSSER, 1985, p.91)” através das instituições, rituais e práticas perpetradas pelo discurso. Essa é a formulação althusseriana original que tem paralelos com as elucubrações de Gramsci, Laclau e Mouffe:

E, sem embargo, na formulação althusseriana original havia o anúncio de uma façanha teórica muito distinta: a de romper com o essencialismo ortodoxo, não através da desarticulação lógica de suas categorias e da conseqüente fixação da identidade dos elementos desagregados, mas da crítica a todo tipo de fixação, da afirmação do carácter incompleto, aberto e politicamente negociável de toda identidade (LACLAU; MOUFFE, 1987, p.142)³³.

Laclau e Mouffe vão reforçar os diálogos evidentes que Althusser assim como outros autores franceses e da Escola de Frankfurt vão propor entre o materialismo histórico e a Psicanálise, sobretudo a Psicanálise freudiana. Conforme Luz (1986, p.25) já percebia a algumas décadas atrás, as categorias materialistas e psicanalíticas foram reforçados tais como as “(...) de contradição e sobredeterminação, conjuntura de um modo de produção no sentido de momento específico de uma estrutura, o conceito freudiano de deslocamento (de contradições) aplicando à análise política (...)” e os ponderamentos sobre as omissões e remissões que cada abordagem incorria ao trabalhar com estas articulações discursivas.

Althusser também não esteve à margem das implicações que o giro ou a virada linguística incitavam perante suas obras na Teoria da Ideologia. Para o autor, a linguagem é a condição que possibilita o efeito ideológico por excelência, já que através dela se estabelecem relações imaginárias dos indivíduos com as suas condições materiais de existência, mas que também elas próprias possuam uma existência material através de diferentes artefatos humanos com que a linguagem se explicita em escrita simbólica:

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 (ALTHUSSER, 1985, p.88).

Ao analisarmos a formação em saúde e algumas de suas questões, adotamos o eixo consciência-conhecimento-ciência proposto por Althusser, porque como explicitamos, a margem do sujeito está mais descentrada do que no eixo prática discursiva-saber-ciência onde o termo ideologia e sua carga não são tratados com a materialidade que lhe é devida. Acreditamos que podemos afirmar assim como Luz (1986, p.41) que as enunciações da linguagem “(...) são na verdade efeitos políticos, econômicos, ideológicos. Se os discursos e práticas para realiza-los são médicos, educacionais, religiosos, artísticos, resta à análise esclarecer porque” e como assim se evidenciam. A linguagem assim como Saussure já havia indicado, percorre os mesmos passos que Althusser indica para que a ideologia perpassa junto às instituições, práticas e rituais: o passo que vai do “em si” ao “para si”:

³³ Tradução livre do autor desta dissertação de mestrado.

O que se segue é o passo que vai do “em-si” ao “para-si”, para a ideologia em sua alteridade-externalização, momento sintetizado pela noção althusseriana de Aparelhos Ideológicos de Estado (AIE), que apontam a existência material da ideologia nas práticas, rituais e instituições ideológicas (ZIZEK, 2003, p.18).

Ao aceitar a Teoria da Ideologia e as pressuposições de Althusser o “(...) discurso é visto como prática política (em sua dimensão ideológica) que tem por finalidade a modificação (ou a conservação) de relações sociais (LUZ, 1986, p.75)” enquanto uma prática discursiva que permeia os aparelhos ideológicos e repressivos do Estado.

Nossa relação aqui com Foucault se torna ambivalente e arbitrária tendo em Althusser a contraposição teórica. Enquanto aceitamos a noção foucaultiana de prática discursiva, preferimos adotar a noção althusseriana de ideologia não oposta à ciência, tendo em vista que, as práticas discursivas dos sujeitos objetivadas na ciência é o que denota as identidades realizadas através da ideologia materializada em realidade inicialmente através da teoria:

A oposição Ciência / Ideologia, representando a oposição dos eixos desconhecimento – conhecimento / desconhecimento – reconhecimento, parte, na realidade, de uma falsa oposição ou, em outros termos, de uma oposição mal colocada. A verdadeira oposição está situada entre as condições reais de existência e as representações dessas condições reais enquanto alusão – ilusão da realidade (AROUCA, 2003, p.100).

Conforme Arouca (2003, p.99) a “(...) ciência percorrendo o eixo desconhecimento, portanto em Althusser, encontra-se como um dos termos em uma oposição, em que o segundo elemento é a ideologia” que o cientista emprega através de determinadas práticas discursivas identificadas com determinadas formações sociais e não outras. Ao entender “(...) que o discurso não circula livremente por sobre a sociedade, mas sim que emerge em uma dada formação social (AROUCA, 2003, p.92)” percebemos que as práticas discursivas determinam e sobredeterminam formas específicas do trabalho científico. Em outras palavras, se utilizando dos termos gramscianos, existem pressupostos que dão organicidade e que delimitam ideologicamente o trabalho dos intelectuais. Os discursos científicos têm funções sociais delimitadas ideologicamente nas materialidades de instituições, práticas e rituais que sobredeterminam os sujeitos das ações em diversos campos disciplinares:

No interior do discurso científico, o trabalho de delimitação ideológica só pode ocorrer em subconjuntos do universo dos discursos, na hipótese em que estes mesmos discurso tenham uma função social na reprodução do sistema. Assim, como coloca Gramsci, as classes dominantes formam os intelectuais que precisam e, portanto, produzem seus discursos orgânicos (AROUCA, 2003, p.100).

O Estado através dos seus aparelhos dominantes (Aparelhos Repressivos do Estado - ARE ou Aparelhos Ideológicos do Estado – AIE, se é que esta distinção é necessária, já que a repressão tem efeitos ideológicos e a ideologia igualmente pode ter efeitos repressivos para além dos aspectos puramente físicos) constituem intelectuais que produzem a organicidade de seus diferentes discursos. Por isso utilizaremos o termo aparato (utilizado em algumas traduções em espanhol da obra clássica de Althusser – Aparelhos Ideológicos de Estado - 1985) ao invés do termo aparelho. Tal distinção aparenta pequena nuance linguística, mas como a ideologia não se materializa apenas nas instituições estatais, mas igualmente nos rituais e nas práticas discursivas; é essa enunciação que pretendemos significar ao utilizar este significante em detrimento do outro postulado na tradução portuguesa de Althusser (1985):

APARELHO – Máquina, instrumento(s), objeto(s) ou utensílio(s) para um certo uso.

APARATO – Elementos materiais, referências, citações que se lança mão para demonstrar poder, etc.

Como podemos perceber o próprio termo aparelho não denota em língua portuguesa a significação primeira que Althusser quis empregar em sua obra clássica escrita em francês. É claro que após a publicação e tradução da mesma para a língua portuguesa, o significante “aparelho” adquiriu várias empregabilidades linguísticas onde o significante “aparelhamento” era uma das mais utilizadas e ainda hoje utilizadas junto a Ciência Política com a devida conotação pejorativa. O termo *aparato* que utilizamos, por outro lado, abre margem para evidenciarmos a materialidade da ideologia não somente nos ARE ou nos AIE, mas também nos rituais e nas práticas discursivas com as quais os sujeitos se identificam ou não.

Que sujeitos são estes que praticam os discursos e os rituais de determinadas formações sociais e suas correspondentes ideologias? Sujeitos que com alguma possibilidade e margem de dispersão para comporem discursos teóricos com intencionalidades práticas junto à materialidade das instituições da sociedade política (instituições estatais) e da sociedade civil (instituições sociais) organizadas de diferentes formas e possibilidades jurídicas são aqueles sujeitos que Gramsci conceituou como intelectuais. Os intelectuais para além de qualquer grupo privilegiado ou dominante constituem sujeitos que de fato conseguem estabelecer uma relação imaginária dos indivíduos com suas condições reais de existência:

(...) manter uma distinção entre sociedade civil e sociedade política, entre hegemonia e ditadura; os grandes intelectuais exercem hegemonia, que pressupõem uma certa colaboração, ou seja, um consenso ativo e voluntário (livre) (...) (GRAMSCI, 2004, p.436).

Podemos assim como Arouca (2003, p.91-92, grifo nosso) dizer então que entendemos “(...) por *intelectual*, para efeito de nossas análises, como sendo aquele que, através de um ato de formulação, produz enunciados articulados em um discurso” com implicações tanto teóricas como práticas seja no campo do social, da saúde ou de outros campos possível da ação humana. Gramsci se utiliza dos conceitos de hegemonia e bloco histórico para designar concepções intelectuais que em determinado período são dominantes junto às instituições da sociedade civil e política nas diferentes formas de organização jurídica tal como as universidades:

E isso ocorre porque o Estado, ainda que os governantes digam o contrário, não tem uma concepção unitária, coerente e homogênea, razão pela qual os grupos intelectuais estão desagregados em vários estratos e no interior de um mesmo estrato. A Universidade, com exceção de alguns países, não exerce nenhuma função unificadora; um livre-pensador, frequentemente, tem mais influência do que toda a instituição universitária, etc. (GRAMSCI, 2004, p.112).

Como as práticas discursivas de um modo geral não possuem uma concepção unitária, coerente e homogênea das intencionalidades com as quais são objetivadas junto à sociedade política e civil; as mesmas se encontram em disputa pelos diferentes grupos sociais que ambicionam constituírem os seus discursos, os seus rituais e as suas formas institucionais como dominantes, ou seja, com hegemonia que pode ou não ser identificado como um bloco histórico constituído. Bloco histórico que constituído estabelecerá precariamente as concepções, as coerências e as homogeneidades com as quais parcelas da sociedade civil e da sociedade política identificadas com o mesmo se objetivarão ou não:

Um espaço social e político relativamente unificado através da instituição de pontos nodais e da constituição de identidades *tendencialmente* relacionadas, é o que Gramsci denominará *bloco histórico*. O tipo de laço que une os distintos elementos do bloque histórico – não é a unidade em alguma forma de *a priori* histórico, mas sim a regularidade na dispersão – coincide com o correspondente a nosso conceito de formação discursiva. Na medida em que consideramos o bloco histórico desde o ponto de vista do campo antagônico em que se constituí, denominaremos *formação hegemônica* (LACLAU; MOUFFE, 1987, p.180, grifos do autor citado).³⁴

Como o “(...) discurso se caracteriza como conjunto de enunciados que provém de um mesmo sistema de formação discursiva (AROUCA, 2003, p.16)”, podemos entender que a formação discursiva que determina de forma dominante as instituições, os rituais e as práticas discursivas. Sobredetermina-se com isso também os intelectuais neste contexto constituindo-se em uma formação hegemônica que promove a identificação dos sujeitos com esta enunciação de realidade impregnada como sua ideologia.

³⁴ Tradução livre do autor desta dissertação de mestrado.

A formação social sendo hegemônica é aquela que terá maiores condições de prescrever o complexo feixe de relações com as quais se estabelecerão as regras teóricas e práticas junto aos discursos vigentes como dominantes junto ao campo do social, ao campo da saúde ou de outros campos possíveis. Aqui mais uma vez percebemos no quanto Foucault é tributário de pressupostos marxistas e no quanto o pós-estruturalismo dialoga com Marx. O conceito de formação social de Foucault, apresentado anteriormente e aqui novamente enunciado, advém de pressupostos marxistas bem elementares referidos e abordados por diversos teóricos denominados marxistas:

Formação Social que se refere às dimensões dinâmicas das relações sociais concretas numa sociedade dada. A *Formação Social* se constitui numa unidade complexa de articulação das várias instâncias da organização social que pode conter vários modos de produção, entre os quais um é dominante e determina os outros (FIORAVANTE, 1978, p.34, grifos nossos).

Outros autores denominados marxistas como Luciano Gruppi (1920-2003) pontuam que entre “(...) “forma da sociedade” e “formação da sociedade”, há uma diferença que deve ser sublinhada: *forma* é uma expressão que indica uma realidade estática, estabelecida, enquanto *formação* indica um processo, um desenvolvimento (GRUPPI, 1978, p.19, grifos nossos)”. Quando tratamos da *formação de trabalhadores* para o campo da saúde também devemos pontuar nuances do emprego deste significante percebendo que o mesmo indica um processo onde determinados sujeitos desenvolvem determinadas ideologias na sua relação entre teoria e prática em seus contextos de realidade.

Novamente pactuando com Arouca (2003, p.139) podemos elencar que em “(...) nosso quadro teórico, estabelecemos as relações que o discurso mantém com uma dada formação social, através da noção de organicidade”, ou seja, os futuros trabalhadores, ainda estudantes em formação no campo da saúde, que também é um campo junto ao social, não são formados ao acaso de discursos enunciados. Determinadas práticas discursivas impregnadas de ideologia constituem mesmo que precariamente uma considerada formação hegemônica dos trabalhadores em saúde. Esta formação hegemônica em determinado bloco histórico alcançou a identificação com diferentes elementos que compõem os pontos nodais constituintes da discursividade que tenta preencher o vazio existente entre as teorias e as práticas em saúde:

Esse intelectual é criado de uma maneira orgânica e conjunta por aquele grupo social, o que nos leva a poder falar de *organicidade dos discursos*, quando estes são enunciados para dar uma coerência e homogeneidade aos projetos, análises, propostas etc. de um determinado grupo social (AROUCA, 2003, p.92, grifos do autor citado).

A organicidade dos discursos intelectuais segundo as elucubrações do giro / virada linguística estão constituídos em dois momentos em que a formação hegemônica se explicita. São dois momentos em que o discurso necessariamente se relaciona com a ideologia, ou seja, onde ele se evidencia como prática discursiva através das formações ideológicas e das formações discursivas que são os seus momentos evidenciados.

Constituindo o discurso um dos aspectos materiais de ideologia, pode-se afirmar que o discurso é uma espécie pertencente ao gênero ideológico. Em outros termos, a formação ideológica tem necessariamente como um de seus componentes uma ou várias formações discursivas interligadas. Isso significa que os discursos são governados por formações ideológicas (BRANDÃO, 1993, p.38).

A formação ideológica é aquilo que possibilita que uma formação discursiva se estabeleça de forma hegemônica. Por sua vez as “(...) formações discursivas que, em uma formação ideológica específica e levando em conta uma relação de classe, determinam ‘o que se pode e deve ser dito’ a partir de uma posição dada em uma conjuntura dada (BRANDÃO, 1993, p.38)”, ou seja, quando as formações discursivas que já se encontram constituídas, elas mesmas começam a enunciarem formações ideológicas. Se atendo ao objeto de estudo e suas relações, podemos exemplificar a questão se utilizando da formação discursiva com que a universidade se apresenta.

Foram necessárias formações ideológicas específicas para que práticas discursivas da universidade fossem requisitadas. Determo-nos nas questões históricas acerca do discurso da universidade no próximo capítulo. O que é importante lembrar agora é que se determinadas formações ideológicas não se materializassem na Europa na passagem da Idade Média para a Idade Moderna a formação discursiva com que hoje se apresenta a universidade não seria possível ou seria diferente do que é. A concepção discursiva que temos hoje da universidade enquanto formação discursiva apresenta todos os requisitos para que ela mesma enquanto instituição, enquanto ritual e enquanto prática discursiva constitua ela mesma suas próprias formações ideológicas, tencionando estruturar quem sabe outras formações discursivas dentro de seu próprio aparato. O mesmo pode ser concebido em termos pós-estruturalistas e pós-marxistas com relação ao Estado, aos movimentos sociais, a mídia ou qualquer outra formação discursiva em enunciação junto aos contextos da realidade e dos campos social, sanitários ou outros possíveis. O “(...) conceito de formação discursiva norteia a referência à interpelação que assujeita o indivíduo em sujeito do seu discurso (...) (BRANDÃO, 1993, p.63)”, ou seja, o indivíduo se faz sempre já sujeito, como defende Althusser, através das diferentes formações discursivas e ideológicas que o assujeitam ao longo de sua vida.

Toda formação discursiva dissimula, pela transparência do sentido que nela se constitui, sua dependência com respeito ao “todo complexo com dominante” das formações discursivas, intrincando no complexo das formações ideológicas definido mais acima (PÊCHEUX, 1995, p.162).

Autores como Michel Pêcheux, Lupicínio Iñiguez, Helena Hathsue Nagamine Brandão, Eni de Lourdes Pulcinelli Orlandi e outros pesquisadores do campo da linguística irão se utilizar da distinção entre formação ideológica e formação discursiva desenvolvida junto ao giro linguístico para apresentar postulações metodológicas daquilo que se convencionou denominar como Análise do Discurso. Abordagem metodológica esta que apresentaremos mais detidamente em capítulo posterior. A Análise do Discurso em suas diferentes variedades é tributária das teses sobre a ideologia propostas por Althusser. Principalmente no que se remete ao caráter interpelativo com que a ideologia assujeita os indivíduos em sempre já sujeitos:

A identificação do sujeito do discurso com a formação discursiva que o domina constitui o que Pêcheux chama a “forma-sujeito”. A forma-sujeito é, portanto, o sujeito que passa pela interpelação ideológica ou, em outros termos, o sujeito afetado pela ideologia (BRANDÃO, 1993, p.65).

As formações discursivas por estarem amalgamadas pelas formações ideológicas interpelam os indivíduos como em sempre já sujeitos de suas realidades contextuais. Em outras palavras, as formações discursivas instituídas como aparatos (universidade, unidades de saúde, instâncias estatais, entre outros) relacionam-se com os indivíduos que perpassam seus contextos interpelando o em uma dada condição assujeitante: a “forma-sujeito” como Pêcheux preconiza. Os sujeitos vinculados em aparatos como a universidade, as unidades de saúde, as instâncias estatais e outros (somente para citar aparatos com os quais nos deteremos em nossa análise); são alocados nos discursos de determinadas posições de identidade (estudante, cidadão, usuário, entre outros) que podem tanto propiciar formas-sujeito totalmente assujeitadas na centralidade das práticas discursivas ou formas-sujeito que possibilitam algumas margens de dispersão no limiar descentralizante das práticas discursivas. As possibilidades de centramento / descentramento se articulam na relação com que as formações discursivas interpelam os sujeitos através das formações ideológicas:

As formações discursivas possuem uma positividade caracterizada pelas regras de formação (formação dos objetos, formação dos enunciados, formação dos conceitos e escolha das estratégias) e pelos princípios de raridade, exterioridade e acúmulo. O resultado final desse processo é o Saber, sobre o qual recorta-se a Ciência, mediado pela Ideologia, sendo que as características das relações em uma determinada época constituem a episteme (AROUCA, 2003, p.85).

Mesmo recorrendo ao eixo foucaultiano prática discursiva-saber-ciência a ideologia estaria igualmente vigente assujeitando o sujeito (saber) através das práticas discursivas (regras anônimas, históricas, sempre determinadas no tempo e no espaço) e da ciência (objeto) como já fizemos menção. No eixo althusseriano consciência-conhecimento-ciência a ideologia não está descartada, mas abre margem para que o sujeito (consciência) da ciência (objeto) através da mediação do conhecimento (relação) possa escolher se assujeitar por determinadas ideologias que centram as práticas discursivas; ou se identificar com outras determinadas ideologias que lhe abram margem de dispersão e descentramento das mesmas práticas discursivas. Nesse sentido o caráter essencialista da ideologia como algo ilusório, tendo apenas o sentido pejorativo, é abandonado através das formulações pós-marxistas que Laclau e Mouffe possibilitam através do seu denominado pós-estruturalismo:

O que, sem embargo, constituiu um obstáculo para a plena explicitação teórica desta instituição foi que, em todos os casos, ela era aplicada às *ideologias*, é dizer, a formações cuja unidade era pensada sob o conceito de “superestrutura”. Se tratava, portanto, de uma unidade apriorística à respeito da dispersão de sua materialidade, o que exigia apelar já seu papel unificante de uma classe (Gramsci), já aos requerimentos funcionais da lógica da reprodução (Althusser). Mas uma vez que esta suposição essencialista é abandonada, é o status teórico da categoria de articulação que muda: a articulação é uma prática discursiva que não tem um plano de constituição *a priori* ou à margem da dispersão dos elementos articulados (LACLAU; MOUFFE, 1987, p. 149, grifo do autor citado)³⁵.

O abandono do caráter essencialista de perceber a “(...) ideologia, como o barbeiro do mal de Chagas, que entra pelas frestas (no caso, do discurso) com a insidiosa finalidade de instalar-se na mente dos indivíduos, provocando a doença (contagiosa) das ‘ideias malformadas’ (LEFÈVRE, 1999, p.39)” não impede com que alguns discursos ainda assim possam perceber a ideologia. Muito pelo contrário! O abandono do caráter essencialista da ideologia é demonstrar que a mesma pode se inscrever em outras discursividades junto ao campo do social, da saúde ou de outros campos possíveis para além de sua pejoratividade ilusória. As diferentes formações discursivas e ideológicas contextualizadas em diferentes discursividades que recortam os campos do social, da saúde ou de outros campos possíveis; não possuem um princípio unificante de totalidade. Como a totalidade não é mais percebida como fundamento, mas sim como horizonte junto ao denominado pós-estruturalismo e ao denominado pós-marxismo; as formações discursivas e ideológicas são estabelecidas através de diferenças com as quais se identificam na discursividade que dá sentido aos campos do social, da saúde ou de outros campos que se encontram em disputa de significação.

³⁵ Tradução livre do autor desta dissertação de mestrado.

Uma formação discursiva não se unifica nem na coerência lógica de seus elementos, nem no *a priori* de um sujeito transcendental, nem em um sujeito que é fonte de sentido – como em Husserl – nem na unidade de uma experiência. O tipo de coerência que atribuímos a uma formação discursiva é assim – como as diferenças que especificaremos logo – algo que caracteriza o conceito de “formação discursiva” elaborado por Foucault: a regularidade na dispersão. Na *Arqueologia do saber*, Foucault rechaça quatro hipóteses sobre o princípio unificante de uma formação discursiva – a referência ao mesmo objeto, um estilo comum na produção de enunciados, a constância dos conceitos e a referência a um tema comum – pela dispersão está governada as regras de formação, pelas complexas condições de existência dos elementos dispersos (LACLAU; MOUFFE, 1987, p.143)³⁶.

Quando nos referimos a formação discursiva não queremos mais nos encontrar “(...) no terreno arqueológico, e na realidade nem pretendemos estar, mas sim, a partir da análise do discurso realizada por Foucault, articulá-lo como processo, no conjunto dos outros processos existentes em um determinado modo de produção (AROUCA, 2003, p.84)” dos sujeitos, já que este é o gesto fundamental do pós-estruturalismo conforme mencionamos em Zizek (2003, p.207). Foucault serve como pano de fundo pós-estrutural ao pós-marxismo de Laclau e Mouffe (1987). Pós-marxismo que utilizamos em nossa pesquisa pela postura dialética de conceber a sobredeterminação althusseriana e a organicidade gramsciana das práticas discursivas de toda formação social que se revela através da ideologia identificada na realidade:

Ao aceitarmos como intelectual aquele que, no conjunto de suas relações, tem como papel desempenhar uma função enunciativa, estabelecemos com Foucault uma relação que poderíamos chamar de “leques invertidos”, ou seja, que os sujeitos podem ocupar, segundo suas relações sociais e técnicas, o papel de sujeitos para um leque de enunciados, ou de objetos e, ao contrário, os enunciados e os objetos podem encontrar um leque de intelectuais que funcionem como seus sujeitos. Portanto, o que propomos é uma relação dialética entre intelectual e o discurso, em cima da posição do sujeito (AROUCA, 2003, p.92).

Como a formação em saúde dos trabalhadores junto ao campo do social e da saúde representa “(...) elementos isolados de um discurso nada significam em si mesmos. Ao tentarmos analisar o nível ideológico de uma formação social determinada, nossa primeira tarefa será a de reconstruir as estruturas interpelativas que o constituem (LACLAU, 1978, p.107-108)” para em seguida tencionar explicitar em que formações discursivas e ideológicas estes elementos recorrem em termos de enunciação. Entretanto para reconstruir as estruturas interpelativas que constituem o campo do social junto à formação dos trabalhadores em saúde, os conceitos de formação discursiva e formação ideológica não recobrem a totalidade enquanto horizonte das diversas discursividades contextuais destes mesmos campos. É necessário que outros dispositivos conceituais sejam traçados como o de articulações discursivas e ideológicas.

³⁶ Tradução livre do autor desta dissertação de mestrado.

(...) a relação entre ciência e ideologia não é ruptura, mas de articulação. A ideologia dominante não é outro tenebroso da pura claridade da ciência: é o espaço em que se inscrevem os conhecimentos científicos e onde estes são articulados, enquanto elementos do saber de uma formação social (RANCIÈRE, 1971).

Desde o início de nosso dissertar viemos utilizando a significativa articulação sem enunciar sua real significação. Nossa intenção não é deixar “(...) de explicar a articulação e o complexo, precisamente na medida em que a articulação e o complexo (GRUPPI, 1978, p.31)” são dois significantes que se imiscuem. O “(...) conceito de *articulação* envolve a ideia de um tipo particular de relação entre diversos níveis, cuja matriz é sobredeterminada por um desses níveis, o qual, nesse modo de produção (AROUCA, 2003, p.223, grifo nosso)” do sujeito se efetue junto à determinada formação social conforme o discurso e a ideologia empregada no contexto referido.

Assim como a formação hegemônica do social pode ser concebida como formação discursiva e formação ideológica enquanto dois lados de uma mesma moeda, elencamos também como proposição teórica que existem determinadas formações não hegemônicas do social (e por isso formações articuladas) que igualmente se contextualizam enquanto articulações discursivas e articulações ideológicas que disputam a enunciação dos campos em sua discursividade:

Trata-se, portanto, da exterioridade existente entre posições de sujeito situadas no interior de certas formações discursivas, e “elementos” que carecem de uma articulação discursiva precisa. É esta ambiguidade que torna possível a articulação como instituição de pontos nodais que fixam parcialmente o sentido do social em um sistema organizado de diferenças (LACLAU; MOUFFE, 1987, p.179)³⁷.

Laclau e Mouffe ao elencarem o conceito de articulação estão evidenciando sua influência perante a Psicanálise, e em especial perante as elucubrações teóricas de Lacan sobre a articulação das três ordens de registro: o real, o simbólico e o imaginário. Para Lacan além dos registros do simbólico e do imaginário, a Psicanálise poderia também se ocupar com o registro do real, ou seja, com o registro dos pontos nodais que junto à realidade tentam determinar precariamente os limites com os quais os sujeitos estão sobredeterminados:

Mas voltemos a partir do ponto em que temos de determinar o que acontece com a articulação dessas três ordens, o real, o simbólico e o imaginário, no que está verdadeiramente em causa. Trata-se do ponto decisivo em que, quaisquer que possam ser as desventuras e sintomas de cada um, todos somos pacientes, ponto este que designo como uma certa disjunção entre saber e poder (LACAN, 2008, p.290).

³⁷ Tradução livre do autor desta dissertação de mestrado.

Tanto sob a perspectiva do eixo foucaultiano (prática discursiva-saber-ciência) ou do eixo althusseriano (consciência-conhecimento-ciência) que tencionam dialetizar o nexo entre teoria e prática; o conceito de articulação se faz necessário igualmente. Conforme Arouca a articulação “(...) do conhecimento com o saber em um círculo de causalidade, que no seu movimento simultaneamente articulado e independente cobre de representação as contradições e determinações estruturais (AROUCA, 2003, p.127)” com as quais o sujeito é sobredeterminado pelos discursos praticados tanto junto às formações ideológicas quanto junto às formações discursivas.

As articulações discursivas e ideológicas somente são passíveis de realidade para com os sujeitos, porque tanto as formações discursivas como as formações ideológicas não são plenas, completas ou percebidas como totalidade. Como a totalidade das formações discursivas e ideológicas não são mais percebidas como fundacionais, mas sim como horizontes suturados de possibilidades, as articulações discursivas e ideológicas podem tencionar suprir estas suturas com a fixação de elementos precários na contínua incompletude dos vazios sociais deixados pelas formações ideológicas e discursivas.

Mas isto não é outra coisa que afirmar que, em uma formação discursiva estrutural constituída deste modo, a prática da articulação é impossível, já que está supõe operar sobre *elementos*, enquanto que aqui nos encontramos com *momentos* de uma totalidade fechada e plenamente constituída, em que todo movimento é subsumido de antemão abaixo do princípio da repetição. Segundo veremos, a contingencia e a articulação somente são possíveis porque nenhuma formação discursiva é uma totalidade suturada, e porque, portanto, a fixação dos elementos em momentos não é nunca completa (LACLAU; MOUFFE, 1987, p.144, grifos do autor citado).³⁸

Por este motivo, para Laclau e Mouffe, a concepção da totalidade como fundacional não faz mais sentido. A concepção de totalidade é requisitada sim pelo particular, mas como horizonte. Um horizonte de totalidade suturado onde as articulações discursivas e ideológicas vão tentar fixar seus elementos na incompletude e precariedade com que as formações discursivas e ideológicas se apresentam para com os sujeitos que disputam a discursividade de seus campos de atuação. Tentando estabelecer uma topologia sobre a discursividade dos campos, as formações discursivas e ideológicas seriam as articulações discursivas e ideológicas já amalgamadas em uma dada formação hegemônica do social. Como tais formações discursivas e ideológicas não conseguem recobrir todo o campo através de suas práticas discursivas. O campo não recoberto em sua totalidade evidencia suas suturas, permitindo que possíveis articulações discursivas e ideológicas tencionem locupletá-lo.

³⁸ Tradução livre do autor desta dissertação de mestrado.

A prática da articulação consiste, portanto, na construção de pontos nodais que fixam parcialmente o sentido; e o caráter parcial dessa fixação procede da abertura do social, resultante por sua vez do constante transbordamento de todo discurso pela infinidade do campo da discursividade (LACLAU; MOUFFE, 1987, p.154)³⁹.

As formações discursivas e ideológicas também têm fixado pontos nodais junto aos campos de suas discursividades práticas e teóricas. Entretanto diferentemente dos pontos nodais aventados pelas articulações discursivas e ideológicas, os pontos nodais da formação hegemônica perderam seu caráter subversivo, contestatório ou de transformação do discurso hegemônico. Isso não quer dizer que as formações discursivas ou ideológicas estejam fragmentadas ou dispersas. Muito menos que as articulações discursivas ou ideológicas assim também devam incorrer. Tanto as formações hegemônicas como as práticas articulatórias que disputam a discursividade do social organizam as relações sociais através dos discursos que os sujeitos de suas lógicas enunciam:

Uma concepção que negue todo enfoque essencialista das relações sociais deve também afirmar o caráter precário das identidades e a impossibilidade de fixar o sentido dos “elementos” em nenhuma literalidade última. Finalmente, isto nos indica o sentido em que podemos falar de “fragmentação”. Um conjunto de elementos aparecem fragmentados ou dispersos somente deste ponto de vista de um discurso que postule a unidade entre os mesmos. Obviamente, não é possível falar de fragmentação, nem sequer especificar elementos, desde o exterior de toda formação discursiva. Mas uma estrutura discursiva não é uma entidade meramente “cognoscitiva” ou “contemplativa”; é uma *prática articulatória* que constitui e organiza as relações sociais (LACLAU; MOUFFE, 1987, p.132-133, grifo nosso)⁴⁰.

Denominaremos assim como Arouca (2003, p.93, grifo do autor citado) de “(...) *relações discursivas* o conjunto das relações estabelecidas pelo sujeito que enuncia, como decorrência direta das características de seu trabalho na prática discursiva” tanto junto às formações hegemônicas (discursivas e ideológicas), quanto junto às práticas articulatórias (ideológicas e discursivas). A relacionabilidade com que os indivíduos, sempre já interpelados como sujeitos, estabelecem em suas práticas discursivas é que evidenciará se as mesmas são hegemônicas ou articuladas, ou seja, se elas tencionam conservar ou transformar os campos em disputa de enunciação:

Assim se distanciam cada vez mais as condições e a possibilidade de uma pura fixação de diferenças; cada identidade social passa a ser o ponto de encontro de uma multiplicidade de práticas articulatórias, muitas delas antagônicas. Nestas circunstâncias não é possível chegar a uma completa interiorização que feche totalmente a brecha entre articulante e articulado (LACLAU; MOUFFE, 1987, p.182)⁴¹.

³⁹ Tradução livre do autor desta dissertação de mestrado.

⁴⁰ Tradução livre do autor desta dissertação de mestrado.

⁴¹ Tradução livre do autor desta dissertação de mestrado.

O que possibilita com que articulantes e articulados possam tentar subverter o vazio dos discursos hegemônicos a seu favor, de forma estratégica como acúmulo de forças, é a brecha existente no campo suturado de totalidades não mais fundacionais das formações discursivas e ideológicas. As diferentes identidades sociais que não encontram expressão junto às formações discursivas e ideológicas hegemônicas podem articular práticas ideológicas e discursivas que possibilitem outras enunciações que representam, mesmo que precariamente, a multiplicidade de suas circunstâncias peculiares não totalizadas:

 Todavia, a conclusão que se tira dessa verificação não é que haja uma dispersão informe de sentido, sem qualquer possibilidade de articulação, mesmo relativa. Mas, antes, que o que quer que cumpra esse papel articulador não está predeterminado a tanto pela forma da dispersão como tal. Isso quer dizer que toda articulação é contingente e, segundo, que o momento articulatório como tal vai ser sempre um lugar vazio – sendo transitórias e sujeitas à contestação as várias tentativas de ocupá-lo (LACLAU, 2011, p.97).

Laclau em suas elucubrações mais recentes novamente evidencia as contribuições advindas da Psicanálise, em especial a lacaniana, perante suas formulações acerca do vazio com que os campos do social, da saúde ou outros campos possíveis se apresentam em suas discursividades. Percebemos com isso, que para entendermos de fato o pós-marxismo de Laclau temos que entender suas relações com o pós-estruturalismo e com o giro linguístico que lhe são antecedentes em formulações teóricas. A concepção do vazio com que as discursividades dos campos se apresentam é recorrente, já que para elucubrarem seus elementos os discursos se utilizam de significantes suturados e incompletos de significação por si mesmos. O giro linguístico revela, portanto a real contribuição da Psicanálise lacaniana para com o estruturalismo, o que propiciou a divulgação de suas contribuições nos diversos campos disciplinares: no pós-estruturalismo que tenciona desfazer os postulados de verdade discursivos das diferentes vertentes teóricas e no pós-marxismo que não mais essencializa a realidade social. A leitura atenta de Lacan só amplia nosso entendimento de que os discursos hegemônicos das formações ideológicas e discursivas vigentes nos distintos campos do social são vazios porque recorrem a significantes vazios de significação por si mesmos, necessitando sempre de outros significantes:

 Se o significante, portanto, é um vazio, é por atestar uma presença passada. Inversamente, no que é significante, no significante plenamente desenvolvido que é a fala, há sempre uma passagem, isto é, algo que fica além de cada um dos elementos que são articulados, e que por natureza são fugazes, evanescentes. E essa passagem de um para o outro que constitui o essencial do que chamamos cadeia significante (LACAN, 1995, p.355).

Como explicitamos no capítulo anterior, termos significantes como *vigilância* [sanitária], *usuário* e *produção* [de saúde] (que assim como outros que não citamos e fizemos menção de sua significação), que em termos de suas formações ideológicas são vazias para que diferentes discursividades disputem a sua significação em termos de articulação ideológica. A historicidade demonstra como os significantes ao longo dos tempos modificaram sua significação discursiva. Esta é a maior evidência de como as práticas discursivas são fruto das condições de produção e formação social através dos discursos que se hegemonizam em determinados blocos históricos. Este postulado não é um determinismo teórico, é um pressuposto conceitual que abre margem para que os sujeitos exerçam sua capacidade de determinação perante os discursos que se encontram em disputa junto aos campos de enunciação que lhes dizem respeito e lhes impliquem. Os discursos continuarão interpelando os sujeitos ideologicamente tentando limitar suas margens de dispersão e estipulando significações estanques para os diferentes significantes das práticas discursivas:

(...) a ideologia é uma vã tentativa de impor um fechamento a um mundo social cuja característica essencial é a articulação infinita das diferenças e a impossibilidade de qualquer fixação última do sentido – expressa-se num quadro de referências em que a distinção tradicional do marxismo entre o conhecimento e o “desconhecimento” ideológico é preservada (para alguns, paradoxalmente) (BARRETT, 1996, p.259).

O eixo althusseriano da consciência-conhecimento-ciência dialetiza a relação do sujeito (consciência-tese) com o objeto (ciência-antítese) através do (des)conhecimento (síntese) acerca dos efeitos ideológicos que se revelam nas práticas discursivas. Desconsiderar isso é desconsiderar o caráter polissêmico dos discursos que se antagonizam enquanto formações discursivas/ideológicas de um lado e articulações discursivas/ideológicas de outro:

É precisamente este caráter polissêmico de todo antagonismo que faz com que seu sentido dependa de uma articulação hegemônica, na medida em que, segundo vimos, o terreno das práticas hegemônicas se constituiu a partir da ambiguidade fundamental do social, da impossibilidade de fixação última do sentido de toda luta, já seja em sua forma específica ou através de sua localização em um sistema relacional (LACLAU; MOUFFE, 1987, p.215)⁴².

Nos próximos dois capítulos intentaremos explicitar como o antagonismo entre a hegemonia e as diferentes articulações se evidenciam junto à discursividade do campo social na formação de trabalhadores em saúde. A ambiguidade com que formações discursivas – FD’s e formações ideológicas – FI’s se enunciam neste campo e as dificuldades com que articulações ideológicas – AID’s e articulações discursivas – ADI’s tencionam transformar.

⁴² Tradução livre do autor desta dissertação de mestrado.

3. A HEGEMONIA NA FORMAÇÃO DOS TRABALHADORES EM SAÚDE

Como evidenciamos anteriormente, a Teoria do Discurso proposta por Laclau e Mouffe (1987), é uma das poucas teorias sociológicas que estabelece um diálogo promissor entre os postulados gramscianos e althusserianos evitando em sua medida críticas superficiais sobre os supostos antagonismos irreconciliáveis que existiram entre ambas as elucubrações teóricas dos referidos pensadores. Com os postulados de Laclau e Mouffe temos a oportunidade de aprofundar nossas teorizações acerca do campo da saúde explicitando as categorias conceituais centrais da Teoria do Discurso (hegemonia, articulação, identidade) na análise das práticas discursivas da formação dos trabalhadores em saúde.

Devemos, pois, começar analisando a categoria (...) que haverá de dar o ponto de partida para elaborar o conceito de hegemonia. A construção teórica desta categoria requer dois passos: fundar a possibilidade de especificar os elementos que entram na relação articulatória e determinar a especificidade do momento relacional em que a articulação como tal consiste. (...) Consideraremos, em tal sentido, a trajetória da escola althusseriana: radicalizando *alguns* de seus temas em uma direção que faça romper seus conceitos básicos, tentaremos estabelecer um terreno que nos permita construir um conceito adequado de “articulação” (LACLAU; MOUFFE, 1987, p.133, grifo do autor citado) ⁴³.

Os conceitos de hegemonia e articulação são entrelaçados e simbióticos a qualquer formulação fiduciária a Teoria do Discurso. Em nosso dissertar, iremos tratar de ambas as categorias de forma separada para fins didáticos e de entendimento do que estamos a discorrer. Entretanto perceberemos ao final das próximas linhas que tanto a hegemonia quanto a articulação da formação dos trabalhadores em saúde são dois lados de uma mesma moeda.

3.1 FORMAÇÃO DA HEGEMONIA NO ENSINO MÉDICO-CLÍNICO-HOSPITALAR

As formações hegemônicas (discursivas e ideológicas) em períodos históricos passados já foram articulações discursivas e ideológicas. A hegemonia antes de se tornar hegemonia já fora articulação. A articulação tem possibilidade de se tornar hegemonia. Essa postulação básica é uma das premissas da Teoria do Discurso elucubrada por Laclau e Mouffe (1987). Como já categorizamos anteriormente as formações ideológicas e discursivas se amalgam em determinadas práticas ideológicas e discursivas que tentam constituir uma hegemonia, ou seja, tentam preenchem o vazio de uma universalidade sempre ausente:

Esse processo pelo qual as identidades deixam de ser puramente imanentes a um sistema e exigem uma identificação com um ponto transcendente a esse sistema – o que equivale dizer: quando uma particularidade se torna o nome de uma universalidade ausente – é o que chamamos *hegemonia* (LACLAU, 2011, p.203, grifo do autor citado).

⁴³ Tradução livre do autor desta dissertação de mestrado.

Segundo Gruppi (1978, p.01) “Antonio Gramsci, sem nenhuma dúvida, foi o teórico marxista que mais insistiu sobre o conceito de *hegemonia*”. Foi Gramsci o intelectual responsável por enunciar o conceito de hegemonia enquanto importante categoria conceitual para dar conta de expressar de modo explícito as formações discursivas e ideológicas que em determinado momento constituem-se enquanto bloco histórico, ou seja, como a formação social dominante junto aos diversos campos do social, da saúde, da economia, da cultura, da política ou de outros campos humanos possíveis. O conceito de hegemonia elencado por Gramsci tem uma significação de seu significante que remonta tanto historicamente quanto discursivamente desde antes do Império Romano:

O termo *hegemonia* deriva do grego *eghestai*, que significa “conduzir”, “ser guia”, “ser líder”; ou também do verbo *eghemoneuo*, que significa “ser guia”, “preceder”, “conduzir”, e do qual deriva “estar à frente”, “comandar”, “ser o senhor”. Por *eghemonia*, o antigo grego entendia a direção suprema do exército. Trata-se, portanto, de um termo militar. Hegemônico era o chefe militar, o guia e também o comandante do exército. Na época das guerras do Peloponeso, falou-se de cidade hegemônica para indicar a cidade que dirigia a aliança dos cidades gregas em luta entre si (GRUPPI, 1978, p.1).

Ainda conforme Gruppi (1978, p.42) a “(...) hegemonia se torna possível, precisamente, a partir da existência de uma condição objetiva e do seu conhecimento, e, ao mesmo tempo, da iniciativa subjetiva”, em outras palavras, a hegemonia não se trata apenas de uma orientação objetiva das formações discursivas e ideológicas, mas também da subjetividade que lhe subjaz igualmente. Se os sujeitos não vierem a conhecer as formações discursivas e ideológicas com quais as formações sociais dominantes operam, as mesmas não teriam razão de ser e não se constituiriam de forma hegemônica.

O conceito de “hegemonia” surgirá precisamente em um contexto dominado pela experiência não somente da fragmentação, mas também da indeterminação das articulações entre distintas lutas e posições de sujeito, e como intento de prover uma resposta socialista em um universo político discursivo que havia assistido a retração da categoria de “necessidade” no horizonte do social. Frente aqueles intentos de responder a crise de um monismo essencialista através de uma proliferação do dualismo – vontade / determinismo; ciência / ética; indivíduo / coletividade; causalidade / teleología – a teoria da hegemonia elaborará sua resposta sobre a base de deslocar o terreno em que era possível a alternativa monismo / dualismo (LACLAU; MOUFFE, 1987, p.39)⁴⁴.

Esse deslocamento (conceito psicanalítico) do conceito de hegemonia em Gramsci e de outros conceitos importantes ao pós-marxismo é alcançado através da Teoria do Discurso.

⁴⁴ Tradução livre do autor desta dissertação de mestrado.

Quando alocamos a Teoria do Discurso junto à formação dos trabalhadores em saúde, tendo em vista que a formação é o “ato ou efeito no modo de formar (FERREIRA, 2004, p.413)” e que “(...) conceitua-se como ‘*trabalhadores de saúde*’ todos aqueles que se inserem direta ou indiretamente na prestação de serviços de saúde, no interior dos estabelecimentos de saúde ou em atividades de saúde, podendo deter ou não formação específica (...) (PAIM, 1994, p.05, grifos do autor)”;

percebemos que existem concepções hegemônicas que amalgamam identidades em determinadas formações e que não articulam identificações que visem uma real transformação na formação dos trabalhadores em saúde em muitos contextos:

(...) para investigar como e em que condições foram feitas melhorias na formação e práticas de ensino em saúde, pois os modelos têm como proposta um fôrma e não uma formação para as formas; uma “identidade” e não uma identificação com a educação permanente de si e das futuras gerações profissionais. Modelos ideais ou identidades estão sempre fortemente marcados pelas concepções hegemônicas, pelas vigências, pela conservação (CECCIM; MATTOS; PINHEIRO; 2005, p.18).

Assim como já evidenciamos a diferença entre forma social e formação social, o mesmo nexos pode ser aplicado à formação dos trabalhadores em saúde. Existem formações ideológicas e discursivas que visam hegemônizar uma fôrma (em sua significação bem limitada e estanque⁴⁵ para este contexto em questão) de como as práticas discursivas junto ao campo da saúde e de outras delimitações precárias dos campos sociais são preconizados ideologicamente junto à materialidade do campo da saúde:

A primeira função institucional, mais ideológica, é levar à aceitação ativa da hegemonia social através de uma interiorização progressiva das relações sociais vigentes. É o aspecto *educativo* das instituições. As normas sociais, o discurso oficial que as exprime, a ideologia predominante torna-se não somente aceita, mas desejada. Nesse sentido, toda instituição educa, toda instituição *forma* (LUZ, 1986, p.42, grifos do autor citado).

Mesmo as instituições que não objetivam a educação e a formação em sua função primordial, acabam estabelecendo relações ideológicas com os sujeitos nas quais se determina enquanto aparato social. A educação e a formação em saúde enquanto práticas discursivas não eximiram a necessidade do trabalho humano em suas diferentes configurações históricas:

A educação enquanto prática, isto é, processo de transformação de um objeto num produto através do trabalho humano, criado e recriado a cada momento histórico, realiza-se numa sociedade através de instituições ou aparelhos específicos cujo objetivo fundamental é viabilizar o exercício da hegemonia de uma dada classe para a reprodução da estrutura social (PAIM, 1994, p.08).

⁴⁵ Fôrma – Modelo oco onde se moldam materiais em seu estado líquido (FERREIRA, 2004, p.413).

A formação dos trabalhadores no campo da saúde enquanto ensino clínico em meio hospitalar se constituiu enquanto prática vigente somente a partir do século XVIII. Neste período o espaço hospitalar deixou de ser considerado um local de morte assistencial aos pobres mantido por organizações religiosas e começa a ser considerado um instrumento terapêutico da população em geral:

Antes do século XVIII, o hospital era essencialmente uma instituição de assistência aos pobres. Instituição de assistência, como também de separação e exclusão. O pobre como pobre tem necessidade de assistência e, como doente, portador de doença e de possível contágio, é perigoso. Por estas razões, o hospital deve estar presente tanto para recolhê-lo, quanto para proteger os outros do perigo que ele encarna. O personagem ideal do hospital, até o século XVIII, não é o doente que é preciso curar, mas o pobre que está morrendo (FOUCAULT, 1979, p.101).

Mas até o século XVIII não era assim que se estabelecia a formação de trabalhadores no campo da saúde. Os hospitais, por exemplo, conforme os escritos de Columela (Lúcio Júnio Moderato, 35 d.C. – 60/70 d.C.) surgiram no século I d.C. como enfermarias para escravos com o nome de *valentudinarias* sendo considerados espaços lúgubres onde outros escravos deveriam prestar serviços aos enfermos. A “fundação durante a Idade Média, de hospitais para pobres e indigentes nasceu das *valentudinarias* romanas (ROSEN, 1994, p.46-47)”. O campo profissional da Medicina, enquanto campo constitutivo da saúde perpassou desde então por inúmeras transformações em suas práticas discursivas:

No início da Idade Média, os médicos eram, em geral, clérigos. Como a igreja lhes garantisse a subsistência, eles podiam exercer a Medicina como caridade, podiam aceitar presentes mas não esperava que cobrassem. A partir do século XI, no entanto, os leigos começaram a entrar na profissão em número crescente. Em 943, por exemplo, os arquivos florentinos mencionam um Amalpertus, diácono da Igreja e também médico. Na primeira metade do século XIII, sessenta médicos se organizavam em Florença, em uma poderosa guilda (ROSEN, 1994, p.65).

Conforme Rosen (1994, p.65-67) nos indica durante “(...) a Idade Média, uma separação entre médicos e cirurgiões se estabeleceu (...)” e somente ao final dessa era várias cidades ou burgos “através das guildas, participaram ativamente da fundação de hospitais e de outras instituições de assistência médica e social”. A associação discursiva contemporânea que relaciona médicos e hospitais como algo natural, até o século XVIII não se efetuava. Segundo Foucault (1994, p.66), mesmo quando o espaço hospitalar se hegemoniza enquanto espaço médico, os discursos constituídos evidenciavam que no “hospital, o doente é *sujeito* de sua doença, o que significa que ele constitui um *caso*; na clínica, onde se trata apenas de *exemplo*, o doente é o acidente de sua doença, o objeto transitório de que ela se apropriou”.

A partir do século XVIII o campo da saúde começa a ser esquadrihado por tecnologias sociais que são engendradas para disciplinar aquilo que de mais precioso existe para o pleno desenvolvimento do capitalismo: a força de trabalho da população. Em países como a Alemanha, a Inglaterra e a França surgiram diferentes modos de articular o campo da saúde, leia-se medicina vigente, e o controle da população produtiva:

Enquanto o sistema alemão da medicina de Estado era pouco flexível e a medicina urbana francesa era um projeto geral de controle sem instrumento preciso de poder, o sistema inglês possibilitava a organização de uma medicina com faces e formas de poder diferentes segundo se tratassem da medicina assistencial, administrativa e privada, setores bem delimitadas que permitiram, durante o final do século XIX e primeira metade do século XX, a existência de um esquadrihamento médico bastante completo (FOUCAULT, 1979, p.97-98).

A Revolução Industrial, a Revolução Francesa, as Guerras Napoleônicas e as sucessivas transformações pelas quais a Europa perpassou entre o século XVIII e XIX engendraram várias práticas discursivas junto ao campo da saúde e do social. O contraditório Napoleão Bonaparte (1769-1821) em suas sanhas megalomaniacas acabou por estabelecer marcos de organização sanitária nos países que derrotou militarmente. A própria “(...) palavra “sanitário” deriva do francês *sanitaire* e é relativo à saúde (ROCHA, 1999, p.28)” tendo a significação que hoje fazemos justamente para fazer menção às normatizações que a França adotou após da Revolução Francesa e propagou através das Guerras Napoleônicas. Esse ambiente ideológico e de transformações materiais possibilitou que em 1848, ano de inúmeras revoluções por toda a Europa, a categoria profissional dos médicos, juntamente com outras categorias intelectuais, detivesse grande influência junto ao campo social em função da saúde:

Os médicos, da mesma forma que outros intelectuais, incorporaram-se às revoluções de 1848 e ajudaram a elaborar a concepção de mundo da burguesia triunfante. A prática médica já vinha se preparando – durante os séculos XVII e XVIII – para esta incumbência, nos países onde se havia desenvolvido o capitalismo. Tinha a seu cargo – quando se dirigia às classes subordinadas – o cuidado da parte não vendida da força de trabalho (GÁRCIA, 1989, p.163).

O modelo inglês de articular o campo da saúde em diferentes focos de atuação sanitária: a assistência aos pobres, a administração da força de trabalho e a saúde familiar privada; se tornou o modelo hegemônico que superou os modelos de saúde estatal alemã e de saúde urbana francesa. O modelo inglês sobressaiu-se em função de que delimitou discursivamente as atribuições sanitárias que cabiam aos interesses da iniciativa privada, pública e estatal de forma articulada e consoante com o legado francês e alemão igualmente.

3.2 FORMAÇÃO DA HEGEMONIA NO ENSINO SUPERIOR UNIVERSITÁRIO

Apesar das relações entre os campos da saúde e da religiosidade continuarem imiscuídos até hoje, conforme Gárcia (1989, p.56), a partir de 1848 em diante a “(...) medicina desloca-se do espaço religioso e político para articular-se com o processo de produção econômica e é definida como uma atividade destinada à conservação (...)” da força de trabalho no campo do social. Os inúmeros movimentos intelectuais pelos quais a Europa havia perpassado desde o final da Idade Média até o final da Idade Moderna propiciaram inúmeras delimitações precárias. Entretanto, a não limitação entre o campo religioso e o campo educacional era constantemente colocada em questionamento pelos intelectuais e seus movimentos ideológicos. No século XVIII, se culminam inúmeros destes questionamentos delimitatórios que possibilitam realmente conceber o campo da saúde e o campo da educação de forma distinta e “separada” do campo religioso e da influência da Igreja Católica, até então hegemônica e que monopolizava ambos os campos desde o final da Antiguidade:

Genericamente falando, foi apenas no final do século XVIII e nos princípios do século XIX que a Igreja, enquanto proprietária, fornecedora e controladora da educação formal, foi substituída pelo Estado e que a regulação política e social foi colocada sob uma diferente lógica e articulada com o projeto da emancipação humana (MAGALHÃES, 2004, p.38).

Quando abordamos a formação dos trabalhadores em saúde, precisamos além de mencionar o desenvolvimento do campo sanitário (que postulamos no primeiro capítulo), também igualmente mencionar, mesmo que sucintamente, o desenvolvimento do campo educacional e suas relações com a formação dos profissionais no campo sanitário. Não pretendemos, é claro, promover a toda uma arqueologia aos moldes foucaultianos das relações que o campo sanitário e educacional estabeleceram ao longo dos tempos em todos os níveis. Julgamos importante, entretanto, evidenciar algumas transformações que o campo educacional de nível superior e profissional estabeleceu com e para o campo sanitário. É claro que o campo sanitário também estabeleceu relações com outros níveis de ensino no campo educacional, mas estas relações não são o objeto de estudo da presente dissertação que enfoca prioritariamente as relações do campo sanitário com o campo educacional em nível superior. A concepção de um nível superior junto ao campo educacional esteve atrelada a consolidação dos Estados-Nação modernos que começaram a se constituir na Europa ainda no limiar da Idade Média. Na verdade, assim como a Medicina vinha florescendo e adquirindo influência junto ao campo da saúde, nesse mesmo período, o campo educacional também vinha sendo requisitado para que constituísse um nível específico de formação profissional em saúde:

A ideia é a de que um sistema de ensino superior é, por um lado, construído no contexto da consolidação dos Estados-Nação modernos e, por outro lado, em torno da ideia de universidade, surgindo ambos os aspectos profundamente ligados no âmbito da narrativa da modernidade (MAGALHÃES, 2004, p.41).

Assim mesmo em suas datações controversas, foram fundadas as universidades de Bolonha (1088)⁴⁶, Oxford (1096)⁴⁷, Paris (1170)⁴⁸, Cambridge (1209)⁴⁹, Coimbra (1290)⁵⁰, e de outras cidade metropolitanas onde os discursos intelectuais modernizantes vinham se constituindo em plena era medieval e hegemônica da Igreja Católica. A hegemonia da Igreja Católica e das concepções medievais tardariam ainda em alguns séculos as práticas discursivas que alocariam a universidade como um projeto de modernidade em todas as suas dimensões intelectuais. O que viria a se evidenciar de fato a partir da Revolução Francesa (1789) e decorrentes acontecimentos.

As universidades e o ensino superior foram, no âmbito do paradigma sociocultural da modernidade, assumidas como um instrumento essencial de desenvolvimento político, mesmo por aqueles países que foram colonizados pelas potências ocidentais, em nome da Humanidade, da Civilização e do Progresso (MAGALHÃES, 2004, p.69).

Segundo Santos (2008, p.210-211) a “universidade moderna propunha-se produzir um conhecimento superior elitista, para ministrar a uma pequena minoria, igualmente superior e elitista, de jovens, num contexto institucional”. Confinado em mosteiros, conventos e demais instituições religiosas da então dominante classe nobre, a educação somente alocou a “centralidade da universidade enquanto lugar privilegiado da produção de alta cultura e conhecimento científico avançado (SANTOS, 2008, p.193)” no século XIX quando o modelo alemão de universidade proposto por Humboldt se hegemoniza através do suporte da classe burguesa então dominante.

A hegemonia da universidade não é pensável fora da dicotomia educação-trabalho. Esta dicotomia começou por significar a existência de dois mundos com muito pouco ou nenhuma comunicação entre si: o mundo ilustrado e o mundo do trabalho. Quem pertencia ao primeiro estava dispensado do segundo; quem pertencia ao segundo estava excluído do primeiro. Esta dicotomia atravessou, com este significado, todo o primeiro período de desenvolvimento capitalista, o período do capitalismo liberal, mas já no final deste período começou a transformar-se e a assumir um outro significado que se viria a tornar dominante no período do capitalismo organizado. A dicotomia passou então a significar a separação temporal de dois mundos intercomunicáveis, a sequência educação-trabalho (SANTOS, 2008, p.195-196).

⁴⁶ Mesmo não sendo um Estado Nação, Bolonha em 1088 era uma importante comuna italiana independente.

⁴⁷ Universidade inglesa fundada após a constituição do estado inglês em 1066.

⁴⁸ Universidade francesa fundada após a constituição do estado francês em 987.

⁴⁹ Universidade inglesa fundada após a constituição do estado inglês em 1066.

⁵⁰ Universidade portuguesa fundada após a constituição do estado português em 1139.

A dicotomia educação-trabalho junto ao campo educacional em nível superior é uma concepção propugnada pari passo ao florescimento e desenvolvimento da hegemonia da classe burguesa enquanto classe dominante. Conforme Santos (2008, p.192) de fato a “(...) proclamação da ideia de universidade é de algum modo reativa, surge no momento em que a sociedade liberal começa a exigir formas de conhecimento (nomeadamente conhecimentos técnicos) que a universidade tem dificuldades em incorporar” num primeiro momento do desenvolvimento das forças produtivas e intelectuais. Igualmente a dicotomia dialética entre educação-trabalho também se articulou de forma efetivamente hegemônica somente na contemporaneidade de nossa era junto às relações que se estabeleceram entre o campo educacional e o campo sanitário:

Assim, uma das visões contemporâneas de formação de pessoal de saúde passa por uma antiga formulação teórica: o homem se relaciona com a natureza e com outros homens através do trabalho. Este constitui-se no elemento fundamental de qualquer prática e, conseqüentemente, de qualquer processo de transformação. A estratégia com maior potencial de viabilizar mudanças na formação desses agentes é atuar sobre a estrutura das práticas de saúde, articulando, cada vez mais intensa e organicamente, o mundo do ensino ao mundo do trabalho (PAIM, 1994, p.56).

Conforme Santos (2008, p.196) nos pontua, “(...) ao lado das universidades ‘tradicionais’ surgiram ou desenvolveram-se outras instituições especificamente vocacionadas para a formação profissional, mantendo graus diversos de articulação (...)” entre o ensino e o trabalho. No projeto hegemônico de colonização europeia nos continentes africano e americano, a exportação do modelo universitário seria um processo lento e gradual tendo em vista que, como já evidenciamos, a ideia de universidade sempre esteve atrelada à constituição de estados-nação, ou seja, qualquer chancela metropolitana na fundação de universidades nas colônias implicaria a constituição discursiva de certa autonomia territorial, algo que as potências colonizatórias não queriam num primeiro momento. Mesmo tendo isso em mente, a primeira universidade latino-americana foi fundada já em meados do século XVI. Acontecimento este que não desencadeou sucessivas outras chancelas metropolitanas na sequência para fundação de outras universidades:

A primeira exportação do modelo europeu de universidade, no século XVI, quando a Espanha fundou a Universidade S. Tomás de Aquino no território da atual Colômbia, talvez tivesse um ato puramente colonial, mas depois dos séculos XIX e XX, os processos de independência na América Latina, na Ásia e em África apontam para a fundação de universidades como atos de modernização política implementada pelos novos governos nacionais (MAGALHÃES, 2004, p.70).

No Brasil o processo de implantação da universidade foi mais moroso, apesar de ter havido iniciativas para sua implantação desde as solicitações jesuítas a Coroa Portuguesa em pleno século XVI, perpassando os escritos inconfidentes em fins do século XVIII, e as academias reais criadas e suprimidas durante a permanência da Família Real Portuguesa no Brasil no início do século XIX:

Importante ressaltar ainda que essa Universidade foi para o Brasil um empreendimento educacional, um acontecimento histórico, mas não transcendente. Foi uma organização auspiciada pelo Governo que, por vicissitudes políticas, teve o curso de seu projeto interrompida e posteriormente modificado (FÁVERO, 1977, p.43).

Entendemos a universidade enquanto uma instituição social, porque assim como Fávero (1977, p.11) percebia há alguns anos, independente de “(...) sua estrutura organizacional, a universidade, antes de qualquer coisa, é parte e fruto de um modelo político-cultural (...)” que reflete o contexto societário na qual está inserida. Em outras palavras, a universidade não é uma realidade em si mesma (apesar de muitos assim a conceberem), mas sim uma instituição social determinada e não determinística:

Ora, a universidade é uma *instituição social*. Isso significa que ela realiza e exprime de modo determinado a sociedade de que é e faz parte. Não é uma realidade separada e sim uma expressão historicamente determinada de uma sociedade determinada (CHAUÍ, 2001, p.35).

Sendo a universidade uma instituição social assim como outros aparatos sociais, é “(...) fundamental estudarem-se as relações institucionais procurando perceber o mecanismo de suas articulações. Torna-se necessário estudar as relações de poder entre dominantes e dominados e suas variações no *espaço institucional*, considerando *historicamente* (LUZ, 1986, p.181, grifos do autor citado)”. A morosidade com que o Brasil levou para implantar os aparatos institucionais universitários revela também a morosidade com que o nosso país levou igualmente para superar a implantação de outros aparatos institucionais sanitários e políticos que dialogam diretamente com o desenvolvimento das instâncias que são objeto de estudo da presente dissertação. A noção dos blocos históricos pelos quais o Brasil perpassou nos elucida os atrasos e avanços que tivemos no campo da saúde, educação e política ao longo dos anos:

Nesse sentido, trata-se de ver as instituições como conjunto articulado, como ligação vital de saberes e práticas com efeitos fundamentalmente políticos, envolvendo uma estratégia de luta – não necessariamente aberta – entre grupos e classes sociais constitutivos destas instituições e inseridos em um bloco histórico (LUZ, 1986, p.31).

O primeiro bloco histórico pelo qual nosso país perpassou foi constituído discursivamente pelas práticas discursivas coloniais que Portugal nos impunha hegemonicamente. Nesse período éramos um reflexo difuso dos campos sanitário, educacional e político da metrópole portuguesa. A difusão no reflexo se dava em função de que nosso território era então considerado um território selvagem de degredados:

Quando o Brasil era uma colônia de Portugal, sua organização sanitária espelhava a da metrópole. (...). E desde aquela época os moradores das cidades solicitavam a presença de médicos, mediante cartas ao rei, apesar da dificuldade de serem encontrados profissionais dispostos a migrarem para o Brasil (PAIM, 2009, p.25-26).

Com a chegada da Família Real Portuguesa ao Brasil em 1808, o bloco histórico colonial se finda e adentramos no bloco histórico imperial. A partir de 1808, começam a se constituir as primeiras discursividades sanitárias e políticas que efetivamente vão delinear mesmo que apenas intencionalmente uma organicidade em nível de estado-nação ao Brasil. Os aparatos institucionais sanitários e educacionais constituídos nesse período deram um mínimo de condições para que nosso país pudesse entrar efetivamente nas transações comerciais internacionais que se aprofundaram com os demais países desde a Abertura dos Portos as nações amigas:

A partir de 1828, as responsabilidades da saúde pública foram atribuídas às municipalidades. O Serviço de Inspeção de Saúde dos Portos passou para a esfera do Ministério do Império e, com os casos de febre amarela no Rio de Janeiro, foi criada, em 1850, a Junta de Higiene Pública. (...). Uma nova reforma dos serviços sanitários foi efetuada durante o Império, com a criação da Inspetoria Geral de Higiene, da Inspetoria Geral de Saúde dos Portos e de um Conselho Superior de Saúde Pública. Nessa ocasião, foram adotadas as primeiras medidas voltadas para a higiene escolar e para a proteção de crianças e adolescentes no trabalho das fábricas (PAIM, 2009, p.26).

Com relativo atraso, o Brasil se adequou às revoluções sanitárias que Napoleão Bonaparte tinha imposto e propagado pela Europa quando a Família Real Portuguesa veio fugida do mesmo para nosso país. Nesse período, o modelo de saúde urbana francesa ainda não tinha sido suplantando pelo modelo articulado de saúde inglês. Vários aparatos sanitários foram instituídos discursivamente em materialidades distintas durante os acontecimentos nefrálgicos ocorridos junto ao campo da saúde e do social durante o bloco histórico imperial brasileiro. De um modo geral a estruturação dos aparatos institucionais sanitários nesse bloco histórico era centralizada e detinha ainda pouca capacidade resolutiva, tendo em vista, o desenvolvimento intelectual existente em nosso país na ausência de aparatos universitários.

Com a Proclamação da República, a responsabilidade pelas ações de saúde passou a ser atribuída aos estados. No âmbito federal, foram reunidos os serviços de saúde terrestres e marítimos na Diretoria Geral de Saúde Pública (1897), que tinha por finalidade atuar onde não cabia a intervenção dos governos estaduais, como era o caso da vigilância sanitária dos portos. Durante a passagem do século XIX para o XX, início da industrialização do Brasil, a saúde despontava como questão social, ou seja, como um problema que não se restringia ao indivíduo, exigindo respostas da sociedade e do poder público (PAIM, 2009, p.27).

O bloco histórico brasileiro republicano delimitado inicialmente pela proclamação militar da república, com fortes influências discursivas no positivismo⁵¹, vai se estabelecer novas práticas discursivas acerca dos campos político, sanitário, educacional e social como um todo em nosso país. A influência do positivismo junto às casernas militares revelava certa ambivalência com outras forças liberais que já circulavam ideologicamente no Brasil:

No caso brasileiro, a “ciência” que chega ao país em finais do século não é tanto uma ciência de tipo experimental, ou a sociologia de Durkheim ou de Weber. O que aqui se consome são modelos evolucionistas e social-darwinistas originalmente popularizados enquanto justificativas teóricas de práticas imperialistas de dominação (SCHWARCZ, 1993, p.30).

As ambivalências dos discursos positivista e liberal logo se amalgamariam, tendo em vista que mais se tratava de uma disputa entre militares e profissionais liberais pelo poder político republicano, do que realmente um antagonismo de concepções ideológicas de como a sociedade civil e a sociedade política brasileira se relacionariam em período republicano. Antes mesmo da Proclamação da República ocorrida em 1889 foram instituídos dois importantes aparatos sociais de saúde. Em 1892 foi instituída a formulação discursiva de conceber as territorialidades brasileiras como distritos sanitários e no mesmo ano foi criado o Instituto de Bacteriologia, Vacinação e Análises Químicas em São Paulo que serviu para aprimorar a mercado exportador da cafeicultura. Estes aparatos institucionais serviram de modelo para que fosse formulado algum nexos de consciência sanitária junto ao bloco histórico republicano:

Trata-se de período de um período de crescimento de uma consciência entre as elites em relação aos graves problemas sanitários do país e de um sentimento geral de que o Estado nacional deveria assumir mais a responsabilidade pela saúde da população e salubridade do território. (...) A partir das demandas de um movimento sanitário ativo e de caráter nacionalista – que vinculava a constituição da nacionalidade à superação das doenças endêmicas – e de grandes debates e decisões políticas em torno de soluções dos problemas sanitários, considerando a ordem político-constitucional pactuada em 1891, os serviços sanitários foram reformulados e ampliados (HOCHMAN, 2006, p.40).

⁵¹ Corrente filosófica surgida na França no começo do século XIX. O sociólogo Augusto Comte (1798-1857) foi um de seus idealizadores. O lema “Ordem e Progresso” da bandeira nacional é influência do positivismo.

Hochman (2006, p.26) nos aponta em seu estudo que nos primórdios da saúde pública e do saneamento no nível nacional brasileiro o “crescimento da interdependência humana trouxe a ampliação e a intensificação dos efeitos externos da ação, ou da própria existência, de uns, pobres, sobre outros, ricos”. Dessa forma, principiam-se as primeiras intencionalidades dos aparatos estatais brasileiros no sentido de promover ainda que tímidas as primeiras movimentações no sentido de instituir projetos políticos de saneamento (= saúde pública) que dessem conta ao menos de evitar que as doenças comuns das camadas baixas da população não se alastrassem a ponto de atingir também as camadas mais altas de forma epidêmica. A fundação (1899) e reorganização (1918) do Instituto Butantã assim como a fechamento do Instituto de Bacteriologia Vacinação e Análises Químicas (1925) e sua posterior reabertura (1933), como o nome de seu primeiro médico, Dr. Adolfo Lutz (1855-1940), estão no bojo das iniciativas republicanas realizadas. Tais iniciativas, entretanto estavam longe de minimizar o impacto dos diversos determinantes sobre o estado de bem-estar físico, mental e social (= saúde) da população em geral. Na passagem do século XIX para o XX alguns profissionais do campo sanitário brasileiro através da influencia estrangeira formularam alguns nexos articulatórios “avançados”:

Aliás, desde a década de 1910, ocorreu um movimento pela mudança na organização sanitária, liderado por médicos e contando com a presença de autoridades políticas e intelectuais. A importância desse movimento foi reconhecida com a criação do Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP) e de uma estrutura permanente de serviços de saúde pública em áreas rurais (PAIM, 2009, p.28).

Apesar do Brasil ainda não contar com aparatos institucionais universitários (apenas faculdades que cumpriam esse papel), a categoria profissional médica em nosso país, assim como ao redor do mundo já influenciava determinantemente nos rumos das práticas discursivas em saúde, tendo importante participação em vários acontecimentos:

Diante das epidemias e doenças endêmicas, além das campanhas sanitárias lideradas por Oswaldo Cruz, Carlos Chagas, Emílio Ribas, Belisário Penna e Barros Barreto, entre outros, foram criados os códigos sanitários. Houve também a implantação de instituições científicas voltadas para a pesquisa biomédica, influenciando na formação de uma comunidade científica e no estabelecimento de políticas de saúde (PAIM, 2009, p.28-29).

Segundo Fernandes (1979, p.48, grifos do autor citado) em “(...) virtude da predominância dos interesses econômicos, sociais e políticos de *elites* culturais ralas e egoístas, o ensino superior foi praticamente confinado à função de preparar profissionais liberais (...)” que hegemonizaram o imaginário da boa formação que se relegava predominantemente a titulação de bacharéis nos cursos de Direito, Medicina e Engenharia:

Primeiro, a “ideia de universidade” foi, de fato, adulterada. O que se chamou de “universidade” não tinha substância própria, nem ao nível estrutural-funcional, nem ao nível histórico. Era uma mera conglomeração de escolas superiores e um recurso para preservá-las, fortalece-las e difundi-las, com suas magras virtudes e com seus incontáveis defeitos. (FERNANDES, 1979, p.60).

De fato a primeira universidade assim considerada na história da educação brasileira é a Universidade do Rio de Janeiro instituída em 1920 pelo Decreto nº. 14.343, do então presidente Epitácio Pessoa e referendado pelo então ministro Alfredo Pinto. Tivemos antes dela algumas outras faculdades proeminentes que vieram a se tornar universidades logo em seguida. Importantes também o foram, as fundações das universidades de Brasília - UNB e de São Paulo – USP, que desde seu início já haviam sido formuladas com a concepção de universidade, e não de escolas superiores que aglutinavam diferentes faculdades, como vinha se constituído a praxe em solo tupiniquim:

A “escola superior” só tinha uma função: através do ensino magistral e dogmático, preparar um certo tipo versátil de letrado, mais ou menos apto para o exercício de profissões liberais, relacionadas principalmente com a advocacia, a medicina e a engenharia (FERNANDES, 1979, p.99).

O modelo de universidade a qual Florestan Fernandes denominava de “escola superior” era a praxe institucional brasileira de juntar burocraticamente distintas faculdades que se localizassem próximas umas das outras e denominá-las de universidade. Na verdade se tratava apenas de um recurso designativo retórico, já que as distintas faculdades não possuíam na grande maioria dos casos um real diálogo entre elas que potencializasse de fato serem consideradas em conjunto um aparato institucional universitário. As universidades que foram constituídas no Brasil durante o século XX e início do atual século seguiram fidedignamente o modelo flexeneriano⁵² da sobredeterminação do discurso centrado no médico especialista, no contexto hospitalar e na assistência a doença. A comunidade, o público, o coletivo e o social foram desconsiderados no processo de saúde-doença que segundo as “palavras do próprio Flexner ‘O estudo da medicina deve ser centrado na doença de forma individual e concreta’ (PAGLIOSA & DA ROS, 2008, p.496)”. A formação dos trabalhadores da saúde no Brasil se engendrou flexneriana, ou seja, se tornou a “(...) hegemonia, que pressupõe uma certa colaboração, ou seja, um consenso ativo e voluntário (GRAMSCI, 2004, p.436)” por parte das universidades, das corporações profissionais e das instâncias estatais.

⁵² Modelo flexeneriano se refere ao modelo preconizado por Abraham Flexner no estudo *Medical Education in the United States and Canada – A Report to the Carnegie Foundation for the Advanced of Teaching*, conhecido como o Relatório Flexner, por expor o processo de avaliação de 155 escolas médicas dos EUA e do Canadá realizado por um único especialista “em umas poucas horas” por meio de “uma volta pelos laboratórios”.

A reorientação da formação dos profissionais e saúde enfrenta-se com a matriz flexneriana que, apesar de questionada, tem demonstrado fôlego no presente século, até em países que introduziram mudanças significativas na organização dos serviços de saúde. A instrumentalização da clínica, a acumulação do capital no complexo médico-industrial, as facilidades em gerar tecnologias materiais, a relação eficácia simbólica ou real e a assimilação cultural dos países ocidentais, tornam o flexnerianismo, a ideologia dominante no contexto supra-estrutural do modo de produção dos agentes das práticas de saúde (PAIM, 1994, p.52).

A hegemonia das relações que se estabeleceram entre o campo sanitário e o campo educacional em nível superior no Brasil se constituem junto à formação dos trabalhadores em saúde de forma flexneriana materializada em práticas discursivas e ideológicas dominantes que vieram a constituir um bloco histórico neste contexto. Segundo Gárcia (1989, p.203) as “(...) medidas recomendadas no informe Flexner, que respondiam às necessidades emanadas da prática médica dominante, aplicaram-se extensivamente durante este período e foram exportadas, na década de 50, aos países latino-americanos”. Essa hegemonia das práticas discursivas e ideológicas junto ao campo sanitário e educacional, antes mesmo de Flexner divulgar seu relatório, já eram centradas no profissional médico, nas modalidades assistenciais da saúde e no espaço hospitalar:

Os discursos médicos no século XIX são formados por descrições qualitativas, narrações bibliográficas, demarcação, interpretação e recorte dos signos, raciocínios por analogia, verificações experimentais e outras formas, mas o importante para definir a *formação das modalidades enunciativas* é encontrar a lei de todas essas enunciações e o lugar de onde vêm (AROUCA, 2003, p.65, grifos do autor citado).

A hegemonia da ideologia positivista presente na formação das modalidades enunciativas dos trabalhadores junto ao campo da saúde se amalgamou no Brasil propositadamente tendo em vista que o bloco histórico republicano também se insurgiu historicamente seguindo os preceitos discursivos do positivismo. Os grupos dominantes brasileiros, mesmo em sua debilidade na constituição de um discurso desenvolvimentista para o país, conseguem a partir da Era Vargas imprimir um caráter científico mínimo na articulação entre os campos sanitário e educacional junto ao ensino superior no campo da saúde. O informe Flexner é realmente levado a cabo e seguido à risca na constituição dos cursos universitários que formaram e formam profissionais no campo da saúde no Brasil:

A ideologia positivista corresponde à visão do mundo dos grupos dominantes no capitalismo e irá conferir o caráter “científico” à prática médica. O ensino baseado na investigação de laboratório e aplicado à atenção médica no hospital é o triunfo da concepção “cientificista”, e o informe Flexner representa a expressão mais conhecida desta concepção a prática no campo médico (GÁRCIA, 1989, p.194).

As tímidas mudanças ocorridas durante a Era Vargas nos modelos tecno-assistenciais em saúde já não davam mais conta das demandas que a população brasileira ansiava. Por outro lado, os aparatos institucionais universitários, em seu caráter elitista e oligárquico, não formavam trabalhadores em saúde na quantidade que seria ideal para suprir a demanda que a realidade social brasileira requiritava.

O que se buscava nas lutas sociais desta fase era novas relações entre o Estado e o conjunto dos grupos sociais, fato que se prolongou por todos esses anos, até 1937. A superação do Estado oligárquico de base regional, pelo corporativista e populista, acabou por implicar a construção de uma nova forma de Estado capitalista no Brasil, processo que foi seguindo o caminho das reformas produzidas no interior do aparelho de Estado (...) (MERHY, 1992, p.148).

O governo ditatorial de Getúlio Dornelles Vargas (1882-1954) no Estado Novo chega inclusive a instituir o Conselho Nacional de Saúde, através da Lei nº 378, de 13 de janeiro de 1937, com intenções de realmente implicar uma nova forma de construção do aparato institucional estatal no capitalismo vigente no Brasil. Este aparato institucional estatal, entretanto não tinha a mesma autonomia e poder com que se tem hoje e conforme abordamos em nosso estudo anterior (FÜHR, 2013). A referida lei além de criar esta instância interna de reformulação das políticas sanitárias igualmente segregou os Ministérios da Educação - MEC e da Saúde em ministérios distintos, o que não ocorria até então. Após a Era Vargas, em período republicano democrático, o Conselho Nacional de Saúde foi normatizado pelos Decretos nº. 34.347⁵³, nº. 45.913⁵⁴ e nº. 47.793⁵⁵ que foram aumentando o número de conselheiros para dezessete, vinte e quatro e vinte e sete conselheiros respectivamente e igualmente aumentando as atribuições por eles desempenhadas. Essas medidas mesmo que tímidas junto aos aparatos institucionais estatais brasileiros tencionavam alocar o país na série de mudanças que vinham ocorrendo no regime capitalista a nível internacional.

No Brasil, apesar de propostas de unificação e generalização da atenção médica que antecedem o próprio Beveridge, as condições estruturais econômicas e políticas não permitem que esse projeto se torne prática institucional efetiva antes de 1964 e, *dominante*, antes de 1968 (LUZ, 1986, p.18).

As mudanças propostas visavam se contrapor ao projeto socialista alternativo que vinha se constituindo desde 1917 quando os bolcheviques conquistaram o poder político na Rússia e posteriormente nos países satélites por eles unificados na União das Repúblicas Socialistas Soviéticas – URSS.

⁵³ Promulgado em 1954.

⁵⁴ Promulgado em 1959.

⁵⁵ Promulgado em 1960

3.3 FORMAÇÃO DA HEGEMONIA PREVIDENCIÁRIA NO CAMPO DA SAÚDE

William Henry Beveridge (1879-1963) foi o economista e reformista social britânico que elaborou o famoso “Relatório sobre a Segurança Social e Serviços Afins” (traduzido do inglês = *Report on Social Insurance and Allied Services*) em 1942. Neste relatório Beveridge propunha que todas as pessoas em idade ativa deveriam pagar uma contribuição ao Estado para que com estes recursos fossem subsidiados os doentes, os desempregados, os reformados, os inválidos e as viúvas. Os subsídios tornaram-se então um direito dos cidadãos para combater a escassez, a doença, a ignorância, a miséria e a ociosidade (os “cinco grandes males” conforme a concepção de Beveridge) menos afortunados.

O modelo bismarkiano é a formação social que diretamente influenciou a configuração discursiva do *Estado de Bem-Estar Social*, *Estado Providência* ou *Welfare State* que aparentemente visava sucumbir com a dicotomia sociedade civil – sociedade política / Estado. Sua gênese limiar ocorre justamente num período histórico e territorial, que a primeira vista, lhe deveria ser antagônico. Otto Eduardo Leopold von Bismarck-Schönhausen (1815-1898), o “chanceler de ferro” conservador, aristocrata e monarquista que conseguiu unificar a Alemanha após sangrentas campanhas militaristas, foi o primeiro governante a constituir um conjunto mínimo de políticas previdenciárias e assistenciais para a população não trabalhadora, e por isso não assistida com fundos de amparo perante doenças, invalidez ou morte.

Estas iniciativas providenciais, em princípio, antagônicas as demais opções ideológicas conservadoras assumidas por Bismarck, na verdade serviram como jogada política para que as críticas socialdemocratas realizadas contra o 2º Reich (governado por ele) fossem rechaçadas pelo proletariado alemão beneficiado por estas políticas sociais adotadas. Este modelo bismarkiano iria deixar lastros de referência para que quase meio século depois, em plena 2ª Guerra Mundial (1939-1945), Beveridge elaborasse seu famoso relatório. A Grande Crise Mundial Entre Guerras de 1929 e os eventos críticos da economia mundial anteriores e posteriores convergiam para a necessidade de “ajustes” teóricos (o Relatório de Beveridge tencionava ser uma proposta de ajuste teórico) tanto da perspectiva liberal, em remodelar a função estatal nas questões sociais; como da perspectiva marxista em repensar a complexidade da configuração estatal em suas disputas interclasses.

Essa expansão (*boom* do pós-guerra) tinha dado um impulso poderoso a um avanço das forças produtivas, uma nova revolução tecnológica. Propiciou um novo salto para a concentração de capitais e a internacionalização da produção, as forças produtivas ultrapassando cada vez mais os limites do Estado burguês nacional (tendência que começou a se manifestar desde o início do século, mas que se amplificou consideravelmente desde 1948) (MANDEL, 1990, p.11-12).

Neste momento histórico a concepção de um Estado de Bem-Estar Social perfazia o discurso da necessidade de uma *intervenção estatal* na economia como um processo na racionalização econômica da esfera domiciliar e de reprodução da população (através da instituição de toda uma gama de direitos previdenciários que pretendiam para além da assistência de seus beneficiários, a possibilidade de reingresso dos mesmos ou de seus dependentes em iguais condições numa posterioridade ao mercado ativo da produção / consumo). Logo em seguida e já de forma correlata o sentido da intervenção estatal se estendeu para além das questões econômicas domiciliares implicando-se ao nível das grandes questões indutoras da economia internacionalizada de capitais que se aprofunda após a recuperação da economia europeia e da franca reordenação da economia norte-americana através da política do *New Deal*:

Com a intenção de inibir os efeitos político-ideológicos da Revolução Soviética, no contexto da “Guerra Fria”, e do aumento do desemprego, além de direcionar a economia rumo à superação da crise, o presidente dos Estados Unidos da América, Franklin Delano Roosevelt (...) promove o chamado *New Deal* (entre 1933 e 1937) – um “novo acordo” entre o governo e o congresso para a aprovação de leis e a criação de agências governamentais, com o fim de, mediante a intervenção estatal, implementar uma série de programas, dentre eles: controle sobre bancos; construções de obras de infraestrutura (estradas, escolas, hospitais, aeroportos etc.), com o objetivo também de gerar empregos e aumentar o consumo; subsídios e crédito agrícola; criação da Previdência Social e estabelecimento de pensões e seguros-desemprego; constituição do salário mínimo; programas de “ajuda social” do governo para famílias carentes; redução da jornada de trabalho; regulação de sindicatos e aprovação / manutenção de leis trabalhistas (DURINGUETTO; MONTAÑO, 2010, p.151).

O sociólogo e economista socialdemocrata sueco Karl Gunnar Myrdal (1898-1987), ao estudar como bolsista da Fundação Rockefeller nos Estados Unidos neste período do *New Deal* elaborou todo um arcabouço de teoria econômica do ideário *Welfare State* que seria posteriormente implementada nos países escandinavos e de tradição sueca. Myrdal em sua abordagem elabora concepções de uma remodelagem dos aparatos democráticos estatais:

O crescimento do autogoverno local, principalmente, e a força crescente das organizações dentro do que chamei de infraestrutura institucional do moderno Estado de Bem-Estar democrático, significa que mais meios estão se tornando disponíveis aos cidadãos para tomar parte da modelagem de seus próprios destinos (MYRDAL, 1962, p.116).

Muitas demandas antigas do proletariado obtiveram sua concretização em termos legais e mínimos a partir das insurgências dos Estados de Bem-Estar Social. No Brasil através do Governo de Getúlio Vargas foi estabelecido o marco das primeiras salvaguardas proletárias através de instrumentos como a Consolidação das Leis Trabalhistas - CLT.

Os anos seguintes a 1948 foram marcados por um intenso crescimento da medicina previdenciária e pela expansão da rede local de Centros de Saúde. O crescimento acelerado do processo de industrialização, que teve como contrapartida um desmesurado desenvolvimento das cidades que serviram de suporte para aquele processo e a “complexificação” da estrutura de classes sociais da sociedade brasileira, levou a um aprofundamento das relações político-sociais do Estado populista com as massas urbanas e com a ampliação do processo de “cidadania fragmentária” (MERHY, 1992, p.211).

Reflexo e permeado por processos históricos mundiais (I e II Guerras Mundiais, Grande Depressão, Declaração dos Direitos Humanos, etc.) e nacionais (Tenentismo, Revolução Constitucionalista de 1932, Problemas na Exportação da Cafeicultura, etc.), o período do governo de Getúlio Vargas instituiu um mínimo de garantias trabalhistas que diretamente tiveram influência na saúde através dos aparatos previdenciários que foram instituídos como os Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAP's).

A saúde vai se tornando cada vez mais importante para o desenvolvimento econômico: os poderes públicos passam a combater agravos sociais e sanitários como o alcoolismo, a sífilis e a tuberculose; leis estatuídas sobre a vida nas cidades, as condições de saneamento e a saúde das crianças. Dessa aliança entre políticos e higienistas resultam leis que antecipam o que se chama atualmente de proteção social, a concepção (...) – do Estado de Bem-Estar Social. Até meados do século XX, a seguridade social é instituída em vários países (RABELLO, 2010, p.44).

O longo período da Era Vargas (1930-1945/ 1951-1954) com o interstício do governo de Eurico Gaspar Dutra (1946-1950), o “progressismo” de Juscelino Kubitschek de Oliveira (1956-1961), a renúncia de Jânio (1961) e o meteórico período presidencial de João Belchior Marques Goulart – Jango (1961-1964) não conseguiram implementar no Brasil um real modelo do Estado de Bem-Estar Social que ampliasse a assistência para além dos cidadãos trabalhadores. Amplas camadas de idosos, inválidos, desempregados e correlatos permaneciam dependendo da caridade hospitalar de instituições religiosas, particulares ou de curandeira. Este modelo não se modificou durante a Ditadura Militar Brasileira. Na verdade se intensificou e se aprofundou uma estruturação que ainda hoje molda a configuração do atendimento público em saúde. Conforme pontuamos anteriormente as condições estruturais econômicas e políticas não permitiram que as práticas discursivas de bem-estar social se tornassem prática institucional estatal de forma efetiva antes de 1964 e, dominante antes de 1968, já em plena vigência do bloco histórico ditatorial militar:

Além disso, a partir da articulação específica entre público e privado, entre Estado e mercado, e entre direitos sociais e benefícios condicionados à contribuição ou “mérito”, que se torna possível distinguir, dentro daquilo que genericamente é denominado o “Estado de bem-estar” capitalista, várias formas assumidas pelo Estado e que respondem a políticas sociais com diferentes conteúdos e efeitos sociais (LAURELL, 1997, p.153).

Na madrugada de 31 de março para 1º de abril de 1964 se iniciou no Brasil um novo bloco histórico. Forças reacionárias e conservadoras atentaram contra os poderes constituídos um golpe estatal instaurante de uma Ditadura Militar (1964-1984) que interrompeu práticas discursivas tencionantes de promover as Reformas de Base (Reforma Agrária, Reforma Sanitária, Reforma Fiscal / Tributária, Reforma Política, Reforma Educacional / Reforma Universitária, Reforma Urbana e outras) em nosso país e que até hoje ainda não foram implementadas.

Entre os dirigentes e burocratas dos institutos, prevaleceu a opção de comprar serviços médico-hospitalares do setor privado para os segurados da previdência, ao invés de investir em serviços próprios, de modo a ampliar a infraestrutura pública de serviços de saúde. Esta política, conhecida como *privatização*, foi intensificada nos governos militares. Não era só pela rima que a privatização associação à corrupção (PAIM, 2009, p.34-35, grifo do autor citado).

A adoção das práticas discursivas e ideológicas do modelo estatal de institucionalidade do “bem-estar social” em 1964, e aprofundadas em 1968, como evidenciamos anteriormente, não são antagônicos com períodos autoritários e antidemocráticos. Como evidenciamos antes, desde sua primeira ambientação no modelo bismarkiano, as adoções de institucionalidades estatais de um suposto “bem-estar social” podem ocorrer pari passo a períodos de recrudescimento da democracia e dos direitos políticos. Na verdade a concessão de parques direitos civis e sociais por parte da sociedade política / Estado serve para amenizar as pautas políticas que por ventura se insurjam junto à sociedade civil em períodos autocráticos:

Somente os brasileiros que estivessem vinculados ao mercado formal de trabalho e com carteira assinada tinham acesso à assistência médica da previdência social. Aos demais restavam poucas opções: pagar pelos serviços médicos e hospitalares ou buscar atendimento em instituições filantrópicas, postos e hospitais de estados ou municípios. Como o direito à saúde não estava vinculado à condição da cidadania, cabia aos indivíduos a responsabilidade de resolver os seus problemas de doenças e acidentes, bem como os de seus familiares (PAIM, 2009, p.33).

Através do Fundo de Garantia do Tempo de Serviço - FGTS, instituído em 1966, os governos militares que se sucederam até 1984, financiaram a fundo perdido a construção de alguns hospitais totalmente públicos e uma grande maioria de hospitais privados que se vincularam temporariamente ao aparato estatal de previdência vigente na época. Desse modo a assistência em saúde no Brasil se engendrou assistencial e centralizada nas grandes capitais. A grande rede hospitalar privada brasileira, cujo financiamento de sua estruturação proveio das reservas de capital dos trabalhadores no FGTS, hoje não se encontra mais vinculada a qualquer iniciativa de atendimento público em saúde que não seja o conveniamento onerante aos cofres públicos em termos de isenção fiscal ou novos financiamentos públicos.

A capitalização obtida com as contribuições previdenciárias dos trabalhadores permitia que os recursos fossem desviados para investimentos na economia. Com recursos oriundos dos institutos, foram construídos a Siderúrgica Nacional na ditadura Vargas; a ponte Rio Niterói, a Transamazônica e a Usina de Itaipu no período militar; e nos momentos de democracia os recursos da previdência foram utilizados na construção de Brasília (tempos de JK) e no pagamento da dívida aos bancos (governos Fernando Henrique Cardoso - FHC e Lula) (PAIM, 2009, p.34).

O Instituto Nacional de Previdência Social – INPS criado em 1º de janeiro de 1967, a partir da fusão dos IAP's existentes no país, aprofundou a lógica previdenciária, privatista, assistencialista e médico centrada. O INPS se tornou o órgão *articulador* da hegemonia nas práticas discursivas da institucionalidade estatal autoritária dominante junto ao campo da saúde. Mesmo excluindo aqueles que não estivessem vinculados ao mercado de trabalho através da carteira registrada de trabalho, as práticas discursivas do INPS eram assimiladas e defendidas pela população economicamente ativa como o que de mais avançado existia junto à prestação de serviços sanitários estatais em nosso país:

De acordo com as diretrizes ministeriais, o INPS entraria como órgão *articulador* – e até financiador – do uso dessa rede, visando unificar e aproveitar ao máximo a capacidade instalada. Essa preocupação de articular o capital privado com o estatal com a justificativa de “plena utilização da capacidade instalada” vai conferir, ao capital centralizado no Estado e à tecno-burocracia da Saúde, uma posição privilegiada no processo político e econômico de constituição da hegemonia deste novo modelo institucional, expressão médica do modelo capitalista adotado a nível econômico-político central (LUZ, 1986, p.232, grifo nosso).

Na reborda dessa estruturação os aparatos institucionais universitários públicos e privados foram ofertando vagas para formação de profissionais da saúde de forma concentrada nas grandes capitais e centrando o profissional médico, o espaço hospitalar e a modalidades assistenciais clínicas e previdenciárias como as práticas discursivas hegemônicas junto ao campo da saúde no país. Não se percebia naquele período distinções entre os aparatos institucionais educacionais públicos com relação aos privados nesse e noutros quesitos:

Por isso, uma análise rigorosa demonstra que as diferenças entre “escolas” de diversos ramos ou entre as “escolas públicas” e as “escolas privadas” são irrelevantes. Elas tendem para o mesmo padrão, que tem vigência universal e produz, em toda parte, os mesmos efeitos estruturais e dinâmicos – a escola superior especializada, isolada e autárquica (FERNANDES, 1979, p.56).

Os números demonstram que infelizmente por inúmeras condições sociais o acesso, permanência e a conclusão do ensino superior brasileiro foi recurso escasso e prerrogativa de pequena parcela da população em idade propícia para a oferta desta modalidade de educação naquele e em períodos posteriores de nossa historicidade:

Ilustração 2: Tabela de Evolução das Estatísticas do Ensino Superior Brasil 1962/98

Ano	Docentes (A)	Matrícula (B)	(B/A)	Concluintes	Vagas Oferecidas	Inscrições (D)	(D/C)	Ingressos
1962	25.213	107.509	4,3	...	...	...	...	...
1963	28.944	124.214	4,3	19.049	...	...	...	...
1964	30.162	142.386	4,7	20.282	...	...	...	...
1965	33.135	155.781	4,7	22.291	...	...	...	...
1966	36.109	180.109	5,0	24.301	...	...	...	...
1967	38.693	212.882	5,5	30.108	...	...	...	...
1968	44.706	278.295	6,2	35.947	...	...	...	...
1969	49.547	342.886	6,9	44.709	...	...	...	...
1970	54.389	425.478	7,8	64.049	145.000	328.931	2,3	...
1971	61.111	561.397	9,2	73.453	202.110	400.958	2,0	...
1972	67.894	688.382	10,1	96.470	230.511	449.601	2,0	...
1973	72.951	772.800	10,6	135.339	261.003	574.708	2,2	...
1974	75.971	937.593	12,3	150.226	309.448	614.805	2,0	...
1975	83.386	1.072.548	12,9	161.183	348.227	781.190	2,2	...
1976	86.189	1.096.727	12,7	176.475	382.418	945.279	2,5	...
1977	90.557	1.159.046	12,8	187.973	393.560	1.186.181	3,0	...
1978	98.172	1.225.557	12,5	200.056	401.977	1.250.537	3,1	...
1979	102.588	1.311.799	12,8	222.896	402.694	1.559.094	3,9	...
1980	109.788	1.377.286	12,5	226.423	404.814	1.803.567	4,5	356.667
1981	113.899	1.386.792	12,2	229.856	417.348	1.735.457	4,2	357.043
1982	116.111	1.407.987	12,1	244.639	421.231	1.689.249	4,0	361.558
1983	113.779	1.438.992	12,6	238.096	...	...	...	...
1984	113.844	1.399.539	12,3	227.824	...	...	...	...
1985	113.459	1.367.609	12,1	234.173	430.482	1.514.341	3,5	346.380
1986	117.211	1.418.196	12,1	228.074	442.314	1.737.794	3,9	378.828
1987	121.228	1.470.555	12,1	224.809	447.345	2.193.861	4,9	395.418
1988	125.412	1.503.555	12,0	227.037	463.739	1.921.878	4,1	395.189
1989	128.029	1.518.904	11,9	232.275	466.794	1.818.033	3,9	382.221
1990	131.641	1.540.080	11,7	230.206	502.784	1.905.498	3,8	407.148
1991	133.135	1.565.056	11,8	236.377	516.663	1.985.825	3,8	426.558
1992	134.403	1.535.788	11,4	234.267	534.847	1.836.859	3,4	410.910
1993	137.156	1.594.668	11,6	240.269	548.678	2.029.523	3,7	439.801
1994	141.482	1.661.034	11,7	245.887	574.135	2.237.023	3,9	463.240
1995	145.290	1.759.703	12,1	254.401	610.355	2.653.853	4,3	510.377
1996	148.320	1.868.529	12,6	260.224	634.236	2.548.077	4,0	513.842
1997	165.964	1.945.615	11,7	274.384	699.198	2.711.776	3,9	573.900
1998	165.122	2.125.958	12,9	...	776.031	2.858.016	3,7	651.353

Fonte: MEC/INEP/SEEC

Conforme Magalhães (2004, p.76) podemos “(...) adiantar que até à Segunda Guerra Mundial a maioria das instituições de ensino superior em todo o mundo eram basicamente de elite, sem cair no risco de uma generalização apressada”. A realidade brasileira, entretanto ainda era mais emblemática tendo em vista que nosso país não estava democratizando o acesso ao ensino superior como os países desenvolvidos vinham realizando de forma efetiva e preponderante.

Florestan Fernandes em sua obra, *a Universidade brasileira: Reforma ou Revolução?* (1979, p.267), reúne vários escritos seus sobre o caráter da universidade brasileira durante o período ditatorial, chega a pontuar que o campo de forças que predominava na universidade era “o mesmo que predomina na sociedade global – ultrarreacionário e contrarrevolucionário, mesmo em confronto com os requisitos legais da democracia representativa”, ou seja, a universidade que tínhamos se propunha a projetos racionais de transformação que de fato pouco ou em nada conduziam a modificações na articulação do ensino, da pesquisa e da extensão; e que em nada tencionavam para além de seus muros ou iniciativas administrativas:

A reforma universitária, que surgiu tardiamente no Brasil, constituiu-se como um movimento de estudantes e de professores. Malgrado as incompreensões iniciais, o movimento repercutiu na esfera política e acabou despertando o Governo Federal, que encarregou (por decreto de 2 de julho do corrente ano) um Grupo de Trabalho de “estudar a reforma da Universidade brasileira, visando sua eficiência, modernização, flexibilidade administrativa e formação de recursos humanos de alto nível para o desenvolvimento do País” (FERNANDES, 1979, p.205).

A Ditadura Militar interrompeu não somente a Reforma Universitária que vinha sendo proposta, mas também as demais Reformas de Base que estavam no bojo do projeto político que se desenhavam nos discursos de Jango (1918-1976). A interrupção militar, entretanto não impediu que a Reforma Universitária se realizasse. A interrupção militar modificou o caráter da Reforma Universitária no que diz respeito às estruturas administrativas e não modificando de fato as concepções de como ser e se fazer universidade no Brasil:

Esse é o sentido da “reforma no papel”, desencadeada pelo Governo Castelo Branco. Através dos decretos-leis números 53 (de 18/XI/1966) e 252 (de 28/II/67) imprimiu-se nova organização ao ensino superior, criando-se novas unidades integrativas (os departamentos e os institutos), maior plasticidade no funcionamento da universidade, como um todo, e um novo patamar de avaliação de realização de professores, alunos e funcionários. Como o objetivo da “reforma universitária” não era resolver a “crise da escola superior”, mas garantir controle da situação pelo comportamento político conservador, as inovações não operaram, diretamente, ao nível de mobilização, organização e utilização dos fatores educacionais (FERNANDES, 1979, p.63).

Ainda segundo Fernandes (1979, p.171), o “(...) poder político conservador acabava tendo de avançar na direção da reforma universitária (...)” já que se “(...) não o fizesse, ficava sujeito ao descrédito e à desmoralização” até mesmo por parte dos docentes que não foram exilados por suas convicções políticas. Efetivamente os “(...) sistemas de ensino superior começaram a ser concebidos como um fator econômico nacional, produzindo capital humano (MAGALHÃES, 2004, p.81)” o que até então era incipiente em nosso país.

Desse modo a Reforma Universitária que tinha sido concebida como um movimento ambicioso de transformação dos aparatos instituições universitários foi resignificado pelos autocratas. Adotando o mesmo nome e a mesma fundamentação teórica que vinha sendo desenvolvida pelos intelectuais da Reforma Universitária, os aparatos institucionais universitários foram modificados não com vistas a transformar as práticas discursivas hegemônicas, mas para reforçar seu conservadorismo ideológico:

Uma primeira modificação importante foi à departamentalização. No antigo projeto da Universidade de Brasília, concebido por Darcy Ribeiro, a departamentalização tinha por finalidade democratizar a universidade, eliminando o poder das cátedras e transferindo para o corpo docente o direito às decisões (CHAUÍ, 2001, p.48).

Segundo Chauí (2001, p.48), além “de diminuir os gastos, a departamentalização”, implantada pela Reforma Universitária pela Ditadura Militar, “(...) facilita o controle administrativo e ideológico de professores e alunos”. Assim a departamentalização que era percebida por Darcy Ribeiro (1991, p.232) como sendo um processo que iria regular o “(...) diálogo permanente entre docentes e estudantes dentro de cada departamento (...)” e acabar com o poderio catedrático perverso que se instalara nas universidades e nas “escolas superiores”, acabou se tornando uma estratégia destrutiva como o próprio estudioso refletiu alguns anos depois:

A departamentalização, tal qual foi implantada no Brasil, resultou, em grande parte, num igualitarismo destrutivo. Quando a propusemos, anos atrás, na estruturação da Universidade de Brasília, o que tínhamos em vista era superar o isolacionismo entre os professores responsáveis por matérias curriculares e, também, anular o peso do poderio catedrático, que guardava, ainda, ares do antigo sistema de proprietários, que estruturam tudo segundo sua vontade e, às vezes, segundo interesses subalternos próprios. O remédio está matando o doente, porque gerou uma situação de irresponsabilidade talvez tão grave quanto aquela que pretendeu corrigir. (RIBEIRO, 1995, p.228)

Analisando mais detidamente percebemos que os termos administrativos universitários se alteraram antes, durante e após a Reforma Universitária implementada pela Ditadura Militar. A designação significativa departamento inclusive não é mais obrigatória desde a Lei de Diretrizes e Bases - LDB instituída pela Lei nº. 9394/96. Entretanto as lógicas atuantes nas relações estabelecidas entre ensino - pesquisa - extensão pouco se modificaram ao longo das várias modificações de designação significativa realizadas desde então nos “departamentos” dos aparatos institucionais universitários.

Também é interessante observar, comparando documentos, que, nos anos 60, buscava-se a *universidade*. No centro dessa busca, encontrava-se a autonomia docente – criação de departamentos sem o antigo poder de cátedra – e a integração dos campos de pesquisa – formação de institutos a partir do agrupamento interdisciplinar de pesquisas afins. (...). Em contrapartida, quando tomamos as discussões dos anos 80, prevalece a ideia de que a separação de faculdades e institutos em outros menores, ou a divisão é racionalizadora, desburocratizando e *agilizando* o trabalho universitário. Levada às últimas consequências, essa ideia desemboca exatamente naquilo que se combatia nos anos 60: a dispersão e fragmentação dos trabalhos de docência e pesquisa, uma vez que sua diferença tanto quanto sua integração não eram (e não são) levadas em conta (CHAUI, 2001, p.141, grifo do autor citado).

A universidade brasileira que tínhamos desde seu surgimento até o final do período ditatorial não modificou o caráter de privilégio social com que este nível de ensino se configurava. Amparado num suposto “milagre econômico” os autocratas no poder conseguiram mitigar os anseios da classe média existente ou em formação com estratégias que estratificavam os níveis de ensino conforme a ascensão socioeconômica que as mesmas possuíam:

As classes médias em formação ou em crescimento compartilham extensamente velhos ou novos privilégios educacionais. A educação escolarizada continua, porém, principalmente ao nível do ensino superior, a possuir o caráter de privilégio social (FERNANDES, 1979, p.49).

Com o desmonte estrutural e paulatino dos níveis fundamentais e médios de ensino por um lado; e por outro lado, aportes estruturais estratégicos no nível superior, os sucessivos Governos Militares favoreceram os interesses das classes dominantes brasileiras. Interesses estes que quanto à educação estatal possui apenas dois objetivos. O objetivo primeiro de ter a disposição uma mão-de-obra barata que dominasse um mínimo de conhecimentos operacionais básicos sem muito questionarem suas condições de trabalho, moradia, transportes públicos e demais questões sociais. E um objetivo segundo que era o de ter a disposição uma formação profissional liberal para os rebentos de suas famílias abastadas de forma contingenciada através dos vestibulares das vagas disponibilizadas no ensino superior.

Feita a proeza, a classe dominante aguardou o resultado esperado: os alunos de primeiro e segundo graus das escolas públicas, quando conseguem ir até o final desse ciclo, porque por suposto estariam “naturalmente” destinados à entrada imediata no mercado de trabalho, não devem dispor de condições para enfrentar os vestibulares das universidades públicas, pois não estão destinados a elas. A maioria deles é forçada ou a desistir da formação universitária ou fazê-las em universidades particulares que, para lucrar com sua ida, oferecem um ensino de baixíssima qualidade. Em contrapartida, os filhos de alta classe média e da burguesia, formados nas boas escolas particulares, tornam-se a principal clientela da universidade pública gratuita (CHAUI, 2001, p.37).

Em outras palavras, as intencionalidades com que se propunha a universidade implementada durante o período ditatorial brasileiro, e que impregnou modelos procedimentais de como ser e se fazer universidade que até hoje ainda servem de baliza, não objetivavam democratizar o acesso ou propiciar uma formação universitária que realmente estivesse preocupada com o contexto social e sanitário na qual estava vinculada e inserida.

O fato de o direito à educação ter vindo a significar, para os filhos das famílias operárias, o direito à formação técnica profissional e revelador do modo como a reivindicação democrática da educação foi subordinada, no marco das relações sociais capitalistas, às exigências do desenvolvimento tecnológico da produção industrial fortemente sentidas a partir da década de sessenta (SANTOS, 2008, p.213).

A crise no pós-guerra que as práticas discursivas universitárias enfrentaram em 1968 na Europa, nos EUA e em outros países, conforme é comentado por Santos (2008, p.193), se refletiram de forma diferenciada em solo tupiniquim. Conforme a tabela que apresentamos na Ilustração 2, o Brasil em 1968 não tinha ainda uma parcela significativa da juventude em contexto universitário que pudesse requisitar modificações consubstanciais junto aos aparatos institucionais. É claro que tivemos inúmeras manifestações estudantis brasileiras no ano de 1968, que inclusive motivaram a promulgação do Ato Institucional nº. 5 (cinco), o AI5, pelo regime militar autocrático.

Junto com Reforma Universitária autocrática que foi implementada no Brasil, na década de 1960, também as “(...) abordagens advindas da psicologia social e da sociologia propriamente dita que se incorporam no campo da saúde, especialmente no que se refere aos problemas de treinamento e formação de recursos humanos (NUNES, 1992, p.29)” começaram a ter maior preponderância neste período. As transformações que o campo educacional vinha passando em todos os seus níveis, prioritariamente em nível superior, vinham igualmente modificando as suas relações com o campo sanitário e as práticas discursivas hegemônicas de ambos:

O setor privado da saúde, por sua vez, que durante as décadas de 60 e 70 se estruturou e capitalizou às custas da política de previdência social, passa agora a pressionar por melhores condições de remuneração dos serviços prestados à seguridade social (COHN, 1997, p.234).

O setor privado que se hegemoniza neste período tem o suporte dos aparatos institucionais do Estado Brasileiro para galgar cada vez mais influência, tanto junto aos contextos de ensino e formação do campo educacional universitário, como junto aos contextos de trabalho e vinculação profissional do campo sanitário previdenciário e clínico particularista.

3.4 HEGEMONIA FLEXNERIANA BRASILEIRA E SEUS VAZIOS ATUAIS

Teremos em 1974 um novo aprofundamento das práticas discursivas hegemônicas centradas nos profissionais médicos, nos espaços hospitalares e nas modalidades assistenciais clínicas e previdenciárias com a desvinculação do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social – INAMPS do então ainda INPS. A desvinculação vinculante irá reforçar o conveniamento privado com clínicas médicas para que a assistência médica adquira certa isonomia perante os espaços burocráticos dos aparatos institucionais previdenciários.

A “(...) ideologia do desenvolvimento econômico, da racionalidade do planejamento, submetido à produtividade e à distribuição das riquezas, ambas vistas como fonte de saúde (LUZ, 1986, p.101)” adquirem a sua máxima materialidade institucional: quem não trabalha não tem assistência médica por não contribuir previdenciariamente; e quem trabalha “tem” assistência médica por contribuir previdenciariamente. As políticas de saúde nesse sentido transbordam tanto a sociedade civil quanto a sociedade política atrelando-se as práticas discursivas da hegemonia produtiva do sistema econômico capitalista:

As políticas de Saúde, do Estado em sentido estrito, são, desta forma, penetradas pela instituições de Saúde. Estas, no entanto, transbordam o Estado, tanto no sentido estrito (enquanto são “civis”), quanto no sentido mais amplo (de superestrutura), enquanto se ligam cada vez mais organicamente à produção (LUZ, 1986, p.61).

Em 1975 uma nova articulação discursiva é promulgada. Através da Lei nº. 6.229 cria-se então o Sistema Nacional de Saúde - SNS definindo suas competências e composição. Diferente do que hoje se concebe como sendo o SUS, o então vigente SNS, foi uma formação discursiva que reforçou as medidas previdenciárias e sanitárias anteriormente praticadas aumentando o orçamento do Ministério da Saúde - MS com vistas a ofertar maior cobertura dos serviços de saúde em áreas rurais que até então vinham sendo desassistidas desde que os aparatos de profilaxia instituídos na República Velha foram renegados em suas funções. Enquanto isso os aparatos institucionais universitários vinham promovendo a tímida e autocrática Reforma Universitária sob a tendência racionalizadora, tanto na formação de profissionais para o campo da saúde, como para a formação de profissionais vinculados a outros campos de práticas e conhecimentos humanos. Todas essas modificações junto ao campo sanitário e educacional estavam consoantes com os designios econômicos:

Essa tendência de formação de recursos humanos articulada a propostas de mudança na organização dos serviços, denominada de “tendência racionalizadora”, buscava dar conta das demandas geradas pela conjuntura política da saúde. Ela se expressa de maneira marcante através dos cursos regionalizados de saúde pública, com pleno desenvolvimento a partir de 1975 (...) (PAIM, 1986, p.111).

As mudanças técnicas na formação dos trabalhadores em saúde que ocorreram na Europa bem antes de 1968 só vieram a se concretizar no Brasil de forma paulatina através da Reforma Universitária, tendo as mudanças nos aparatos institucionais previdenciários como horizonte de requisição com a fundação da autarquia estatal do INAMPS. O Brasil como detinha um grande exército proletário de reserva, não havia ainda requisitado práticas discursivas junto à formação dos trabalhadores em saúde que implantasse uma fisiologia experimental tão logo fosse constituída, assim como tinha ocorrido em outros países:

As dificuldades para implantar uma fisiologia experimental no Brasil exemplificam este fenômeno. Os problemas da transformação da energia humana não eram considerados importantes no Brasil, porque a força de trabalho era abundante, e o que se impunha era estudar as doenças que diminuam a quantidade de trabalho que se prestava em uma unidade de tempo (GÁRCIA, 1989, p.142).

Alterações técnicas e materiais quase sempre conduzem a alterações ideológicas e discursivas. O mesmo se efetuou junto ao campo da saúde em meados da década de 1970 no processo de transição democrática pelo qual nosso país começava a perpassar naquele período. Recebendo distintas designações como Movimento Sanitário Brasileiro – MSB ou como Reforma Sanitária Brasileira – RSB, foi sendo composta uma articulação entre (...) professores universitários, estudantes de medicina, profissionais da saúde, sindicalistas e movimentos populares por saúde, além de outros setores organizados da sociedade (COHN, 1997, p.232) que calcados na experiência italiana e na liderança não pública do Partido Comunista Brasileiro – PCB vão tentar congregiar setores progressistas e de esquerda para a reorganização institucional do país junto ao campo da saúde. Essa articulação vai desembocar na VIII Conferência Nacional de Saúde – VIII CNS, a primeira conferência nacional de saúde que vai ter expressiva participação da sociedade civil para além da sociedade política sempre presente nas conferências anteriores:

Durante a VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, foram sistematizados e debatidos por quase cinco mil participantes diversos estudos e proposições para o RSB. O relatório final do evento inspirou o capítulo “Saúde” da Constituição desdobrando-se, posteriormente, nas leis orgânicas da saúde (8.080/90 e 8.142/90), que permitiram a implantação do SUS (PAIM, 2009, p.40).

Enquanto era aprovada uma legislação sanitária cidadã no Congresso Nacional, medidas foram adotadas para que aparatos institucionais transitórios como os Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde – SUDS e Ações Integradas de Saúde – AIS servissem como ponte para a transição que ocorreriam entre SNS/INAMPS para o SUS.

A constituição de um Sistema Único de Saúde ao final dos anos 80 foi a mais importante decisão de reforma na área social daquela década. Não apenas porque foi a única das políticas sociais em que se reuniram condições institucionais para que se tomassem decisões em favor de uma reforma efetiva. Mas também pelo conteúdo desta reforma, vale dizer, pela natureza, importância e extensão das decisões tomadas. A implementação desta reforma vem redesenhando o modelo de prestação de serviços de saúde, tal como este havia se configurado ao final dos anos 60, e – o que interessa aqui particularmente – vem redefinindo a distribuição das funções a serem desempenhadas por cada nível de governo (ARRETCHE, 2000, p.197).

A RSB significada com esta denominação em tal proporção não foi uma reforma ocorrida dentro da sociedade política somente. Conforme autores citados, amplos setores da sociedade civil se mobilizaram para que os discursos sanitários progressistas se fizessem valer na abertura democrática que se aventava. Os aparatos institucionais universitários e acadêmicos igualmente participaram da articulação discursiva e ideológica deste movimento:

Instituições acadêmicas e sociedades científicas, como a Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência - SBPC, o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde - CEBES e a Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva - ABRASCO, entidades comunitárias, profissionais e sindicais, constituíram um movimento social na segunda metade da década de 1970, defendendo a democratização da saúde e a reestruturação do sistema de serviços (PAIM, 2009, p.40).

Com alguns anos de atraso, em função da interrupção nos avanços políticos que a Ditadura Militar legou ao Brasil pós Constituinte instituiu o SUS em 1990 através de uma implantação gradual. Apesar de todas as críticas realizadas pelo ordenamento social vigente, o SUS segundo dados internacionais e em sua concepção adota princípios que numa perspectiva ampliada do conceito de saúde dão conta de um país de proporções continentais como o Brasil.

Muito antes da existência do SUS, a organização dos serviços de saúde no Brasil era bastante confusa e complicada. Havia um espécie de *não-sistema de saúde*, com certa omissão do poder público. Prevalcia, na chamada República Velha (1889-1930), uma concepção liberal de Estado de que só cabia a este intervir nas situações em que o indivíduo sozinho ou a iniciativa privada não fosse capaz de responder. (...) Este *não-sistema* foi formado ao longo do século XX, tendo como marca principal a separação entre ações de saúde pública e a assistência médico-hospitalar (PAIM, 2009, p.27-28, grifos do autor citado).

O SUS como aparato institucional estatal foi significado pela sociedade civil como um importante instrumento na promoção de sua saúde. Mesmo assim, em um curto período de tempo, sua significação enquanto promotor da saúde pública em perspectiva ampliada; perdeu parte do seu sentido completo em função das constantes privatizações, delegações e terceirizações que foram realizados pelos agentes da sociedade política estatal.

Se, por um lado, o papel do Estado nesse novo cenário vem sendo questionado, é necessário, por outro, reafirmar sua importância e acima de tudo a centralidade do espaço público como conquista da democracia e do exercício da cidadania (RABELLO, 2010, p.99).

Não queremos com isso defender que o SUS seja tomado em seu escopo como uma nova reconfiguração do discurso do Estado de Bem-Estar Social, que como elencamos acima, nem esteve presente, apenas foi introjetado na configuração e nos embates propugnados pelo MSB como se RSB tivesse sido implementada de fato em toda a sua amplitude... O que não ocorreu! Como apresentamos em nossa pesquisa anterior (FÜHR, 2013) a Constituição Federal de 1988 e leis complementares do campo da saúde não contemplaram todo “(...) o ideário da Reforma Sanitária, não conseguiram quebrar a lógica de *articulação* entre o capital privado e a base de financiamento do sistema de proteção social (COHN, 1997, p.234, grifo nosso)” o que fez com que a suplementariedade do setor privado na verdade suplantasse a hegemonia do setor que deveria ser público e estatal no que condiz ao texto constitucional sobre a saúde e as leis complementares. São as “(...) articulações – econômicas políticas e ideológicas – que permitem compreender as ambiguidades dos textos de lei (LUZ, 1986, p.59)” como bem nos pontua Zizek:

Desse caráter constitutivamente sem sentido da Lei, decorre que devemos obedecer a ela, não porque seja justa, boa ou sequer benéfica, mas simplesmente *porque ela é a lei* – tautologia que articula o círculo vicioso de sua autoridade, o fato de que o fundamento último da autoridade da Lei reside em seu processo de enunciação (ZIZEK, 1996, p.318).

Assim como o materialismo dialético (filosofia alemã, economia política inglesa, socialismo francês) e a medicina hegemônica (saúde estatal alemã, saúde urbana francesa, saúde articulada inglesa) o sistema público de saúde no Brasil também provém de três vias: da saúde pública, da medicina previdenciária e da medicina do trabalho. Como se há de perceber a medicina previdenciária e a medicina do trabalho estavam antes da criação do SUS quase que totalmente vinculados ao setor privado mesmo que financiados pelo setor público. O “(...) sistema de saúde no Brasil, apesar do adjetivo único, é composto por estabelecimentos e serviços pertencentes a diversas organizações públicas e privadas, estas com fins lucrativos ou não (PAIM, 2009, p.14)” que prestam a assistência sanitária pela qual foram conveniadas. A complexidade do “(...) SUS é algo distinto, especial, não se reduzindo à reunião de palavras como *sistema, único, e saúde* (PAIM, 2009, p.13, grifos do autor citado)” o que implica que qualquer pesquisa efetuada junto ao seu contexto tenha um mínimo de perspicácia para evidenciar os elementos essenciais de sua significação para uma abordagem lúcida e coerente.

O campo da saúde em sua configuração legal nacional brasileira deveria abarcar uma série de ações de vínculo direto ou indireto com um conceito ampliado de sua natureza. Sua configuração legal fundamenta-se nos artigos do nº. 196 a 200 da Constituição Federal - CF e através das Leis Orgânicas da Saúde, as Leis nº. 8.080/1990 e nº. 8142/1990 que criaram o SUS. A Lei nº. 8080/1990 regula as ações e os serviços em saúde executados em todo o território nacional brasileiro. A Lei nº. 8142/1990 foi necessária para tratar da participação da comunidade na gestão do SUS e das transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde, uma vez que foram vetadas e suprimidas do texto original da Lei nº.8080/1990, pelo então presidente da república Fernando Affonso Collor de Mello.

Nestes parâmetros a saúde brasileira é tomada como um princípio fundamental, direito de todos e um dever do Estado Nacional Brasileiro em suas diferentes esferas. Possui como princípios doutrinários legais a universalidade, a integralidade, a igualdade, a participação da comunidade e a descentralização político administrativa. Produções teóricas e conferenciais posteriores ampliam o princípio da igualdade para o prisma da equidade e o princípio da participação da comunidade para o prisma de uma real democratização dos aparatos de saúde pública brasileiros. Financeiramente o SUS, enquanto sistema governamental encarregado de promover a saúde pública, se estrutura tendo como base os impostos e as contribuições sociais da população arrecadados pelos governos municipais, estaduais e federal. Por sua vez, os governos municipais, estaduais e federal possuem diferentes responsabilidades em cada nível de complexidade na disponibilidade das ações em saúde.

Assim, desde 1988 não há (...) serviços gratuitos prestados por caridade. Todos os serviços de saúde prestados por essas instituições são remunerados pelo SUS e financiados pela sociedade, por meio de impostos diretos e indiretos, além de contribuições (PAIM, 2009, p.36-37).

A ideia da criação de um sistema de saúde brasileiro já era anterior ao próprio SUS. O SNS criado durante o bloco histórico da Ditadura Militar era um protótipo sistêmico apesar de sua lógica ser distinta da do SUS. Na verdade entre “(...) as glórias de Roma esteve a criação de um sistema público de saúde. E esse sistema sobreviveu mesmo a ruína do Império (ROSEN, 1994, p.48)” vindo a influenciar no advento da modernidade a estruturação de inúmeros sistemas não somente no campo da saúde por todo o mundo, assim como igualmente vindo a influenciar na criação de sistemas em outros campos das práticas e dos conhecimentos humanos. O próprio “(...) ensino superior é vulgarmente definido como sendo um subsistema dos sistemas educativos nacionais (...) (MAGALHÃES, 2004, p.26)”.

A formação dos trabalhadores em saúde no Brasil e no mundo é, portanto fortemente atrelada às práticas discursivas significadas junto aos sistemas de saúde e de educação estruturados junto aos campos de ambos os contextos. O SUS de um modo geral é um sistema permeado pelas contradições e antagonismos com que a sociedade civil e política perpassaram durante o início do novo bloco histórico redemocratizante que estamos vivendo desde 1984 até os dias de hoje.

No início dos anos 1990, muitos estados e municípios não se encontravam em condições de exercer plenamente as competências e atribuições estabelecidas nessas leis. Por outro lado, o governo federal resistia ao financiamento do SUS, mediante repasse regular e automático de recursos para as demais esferas de governo. Diante desse quadro, a construção do SUS recorreu a um conjunto de portarias, chamadas de *normas operacionais*: NOB-91; NOB-93; NOB-97, NOAS-200, e NOAS-2002 (PAIM, 2009, p.66, grifos do autor citado).

As contradições e antagonismos junto ao campo da saúde, e igualmente junto ao contexto da formação educacional de seus trabalhadores se acentuaram ainda mais, quando na década de 1990 (em plena década comumente atribuída como a década em que o discurso neoliberal se torna dominante) o Banco Mundial (considerado por muitos como um dos arautos do capitalismo hegemônico mundial) indica para o Brasil a adoção de algum programa de prevenção familiar em saúde. O programa adotado na época foi o então Programa de Saúde da Família – PSF. Programa este que hoje se tornou política pública nacional através das Estratégias de Saúde da Família - ESF. Política nacional que como estratégia atualmente é paulatinamente implementada nas realidades municipais em confronto com as antigas lógicas assistenciais de atendimento que ocorriam nas Unidades Básicas de Saúde- UBS's:

(...) há, no Brasil, um evidente predomínio político e ideológico do projeto neoliberal para a saúde. Uma das expressões mais exuberantes dessa hegemonia é a presença do selo neoliberal mesmo no funcionamento do setor público. Até o discurso reformista vem apresentando um caráter restrito, subordinado, em grande medida, aos limites definidos pela lógica hegemônica do bloco conservador (CAMPOS, 1997, p.133).

Vivenciamos atualmente o confronto entre as modalidades assistenciais versus as modalidades preventivas junto ao campo da saúde pública brasileira. Após quase meio século de uma política de atendimento assistencial, previdenciária, trabalhista, hospitalocêntrica e medicocentrada; as medidas de atendimento preventivo e fracionada em níveis de complexidade (primária, secundária e terciária) sofrem críticas da população não acostumada com esta nova lógica de atendimento da saúde pública brasileira.

Para, além disso, a iatrogênese social que delega a primazia do ato médico sobre todas as outras medidas sanitárias possíveis engendra um ordenamento social espúrio. Um ordenamento social que elitizou o atendimento médico em clínicas particulares altamente rentáveis. Relegando aos demais profissionais de saúde receberem em média quatro vezes menos do que os demais profissionais médicos que possuem igual nível de formação acadêmica que os mesmos.

Há uma vasta literatura demonstrando o enfoque mecanicista e o biologicismo predominante na medicina institucionalizada. As demais profissões de saúde têm trilhado o mesmo caminho, por compartilharem da mesma fonte básica de explicação do processo saúde-doença: a história natural das doenças (CAMPOS, 1997, p.181).

Mesmo tendo em mente o conceito ampliado de saúde que possibilita conceber quase que todo e qualquer profissional como um profissional do campo da saúde, conforme a Resolução nº. 287/1998 do Conselho Nacional de Saúde Brasileira - CNSB foram definidas como sendo profissões do campo da saúde os seguintes campos disciplinares: Biologia, Biomedicina, Educação Física, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Medicina, Medicina Veterinária, Nutrição, Odontologia, Psicologia, Terapia Ocupacional e Serviço Social. Apesar de estanque e não incluir formações claramente atinentes ao campo da saúde como a graduação em Saúde Pública (existente em alguns aparatos institucionais universitários), esta normatização abaliza as secretarias existentes junto ao MS:

O Ministério da Saúde, enquanto gestor nacional do SUS é formado por órgãos subordinados e órgãos vinculados. No primeiro caso, é representado por órgãos da administração direta, cujas atribuições foram determinadas (...). Além do Gabinete do Ministro, Secretaria Executiva e Consultoria Jurídica e Departamento Nacional de Auditoria do SUS, cabe destacar cinco secretarias responsáveis por políticas, ações e serviços de saúde: 1) Atenção à Saúde; 2) Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde; 3) Gestão Participativa; 4) Vigilância em Saúde; 5) Ciência, Tecnologia e Insumo Estratégicos (PAIM, 2009, p.68).

A Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde – SGTES é a secretaria ministerial incumbida de organizar e elaborar as políticas sociais específicas (programas ou projetos) de formação dos trabalhadores junto ao campo da saúde brasileira tanto do setor público quanto privado, tendo em vista que o SUS é responsável igualmente pela fiscalização e subvenção ao setor privado da saúde e igualmente da educação em suas inter-relações quando implica a formação de trabalhadores junto ao campo da saúde brasileira. Conforme a CF, em seu art. nº. 196 são consideradas as políticas sociais e econômicas em saúde todas as medidas que “*visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação*”.

Apesar das políticas sociais e econômicas que forem desenvolvidas junto à Secretaria da Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde no Ministério da Saúde, através de programas e projetos específicos, em muitos casos não objetivaram as medidas preconizadas pela CF. Diretamente ou indiretamente as mesmas implicariam ou não em como as mesmas medidas seriam adotadas, tendo em vista que a referida secretaria tem a atribuição de formular estratégias junto à formação dos trabalhadores em saúde para que os futuros profissionais se atenham de como estas mesmas medidas serão alcançadas.

Assumindo-se as instituições de ensino como um dos espaços privilegiados de processo de formação dos agentes das práticas de saúde, deve-se examinar a influência da organização dos serviços de saúde sobre tal formação, identificar as tendências históricas das modificações dessas práticas e utilizar a autonomia relativa que a academia dispõe para contribuir na reestruturação das práticas dominantes (PAIM, 1994, p.57).

Desse modo a formação dos trabalhadores em saúde que é preconizado no Brasil, pelo menos em termos legais, como uma relação que se estabelece entre aparatos institucionais estatais com aparatos institucionais universitários. Mas essa relação não é algo dado e acabado, uniforme e homogêneo, igual e equânime, etc. Na verdade em nosso país de extensões territoriais temos uma grande variedade de práticas discursivas que amalgam determinadas formações discursivas e ideológicas dos trabalhadores em saúde junto aos aparatos institucionais universitários enquanto “(...) núcleos articuladores de saber e práticas situados *conjunturalmente*, isto é, recebendo influências das transformações político-econômicas (...) (LUZ, 1986, p.118, grifo do autor citado)”.

Assim como o campo da saúde passou por inúmeras reformulações desde o início do atual bloco histórico redemocratizante que estamos vivendo, o campo educacional em seu nível superior (que diretamente implica na formação dos trabalhadores para o campo da saúde) também perpassou reformulações em suas práticas discursivas. A principal reformulação que ocorreu no campo educacional em seu subsistema superior foi a posição discursiva delegada aos aparatos institucionais estatais. O Brasil com algumas décadas de atraso, apesar dos avanços inscritos na redação da CF, significada como a constituição cidadã, logo após a sua promulgação, iria adotar uma série de práticas discursivas neoliberais:

O modelo emergente de relação entre os sistemas de ensino superior, as suas instituições e o Estado pode ser mais claramente compreendida se comparada com os modelos anteriores: os modelos do *Estado facilitador* e do *Estado interventor* (MAGALHÃES, 2004, p.101, grifo do autor citado).

Ao invés do Estado brasileiro intervir de forma atuante na oferta e regulação do ensino superior ofertado pelos aparatos universitários privados, ele começa a facilitar através de financiamento público o suporte para a rede particular das instituições universitárias. Esta concepção do aparato estatal facilitador se aprimorou durante a vigência do governo FHC, na década 1990, na qual o Estado facilitava a expansão do ensino superior privado, e não intervinha de forma a reestruturar os aparatos universitários públicos. Tal concepção se coaduna e muito com as postulações que o então influente filósofo brasileiro, José Arthur Giannotti (1930-), havia elucubrado alguns anos antes da gestão FHC iniciar sua vigência:

Como a escola privada teria sido avaliada, atestada sua honorabilidade científica, só receberia recursos públicos se continuasse a respeitar as regras acadêmicas do pluralismo ideológico. E a escola confessional que não concordasse com tais normas poderia muito bem seguir seu rumo, tratando de obter recursos através do dízimo dos fiéis ou da mobilização de seu patrimônio (GIANNOTTI, 1987, p.103).

A ironia de Giannotti é claro que não se efetivou e nem se efetiva. Ele próprio na mesma obra citada (1987, p.99) já apontava que “a última expansão da rede de ensino superior no país foi devida ao gigantismo da malha privada, é sabido que isto também foi feito com recursos públicos”, ou seja, que as escolas superiores confessionais de distintos matizes dependiam todas de recursos públicos diretos ou indiretos na forma de isenção fiscal e correlatas vantagens. De fato conforme Magalhães (2004, p.98) nos pontua “(...) a transformação da relação entre os governos e os sistemas e as instituições de ensino superior que ocorreu nas últimas décadas foi, sobretudo ativada pela regulação estatal”:

Posta perante a questão da sua relevância econômica, social e política, a universidade procurou mais uma vez usar expedientes que salvaguardassem a sua centralidade sem, no entanto, comprometer a sua identidade funcional e institucional tradicional. E mais uma vez os resultados ficaram aquém das promessas, mas não tanto que tenham feito perigar, pelo menos até agora, a permanência da universidade (SANTOS, 2008, p.200).

Apesar da “(...) pretensão hegemônica da universidade (...) perceber a ideia da avaliação do desempenho funcional da universidade (...) com estranheza e até hostilidade (SANTOS, 2008, p.215)”, esta mesma pretensão hegemônica em seguida começou a se utilizar dessa avaliação como prática discursiva midiática de seu ativismo e qualidade:

Recusando-se a estabelecer as suas prioridades sociais, e a propor definições alternativas para os problemas e as necessidades sociais selecionados pelo governo e outras instituições, a universidade capitulava à subserviência e à passividade, ainda que sob a capa de frenético ativismo (SANTOS, 2008, p.207).

Surtem então instrumentos de avaliação estatal dos aparatos institucionais universitários como o Exame Nacional de Cursos (“Provão”), realizado anualmente pelo Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira – INEP de 1996 até 2003. Em 2004 o “Provão” mudou sua designação para o de Exame Nacional de Desempenho dos Estudantes – ENADE e o Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior – SINAES, que direta ou indiretamente forneceram e fornecem dados para o Censo Universitário, a Avaliação Institucional e a Avaliação dos Cursos de Graduação. Todos eles instrumentos estatais realizados pela INEP para aferição da qualidade do ensino superior ofertados pelos aparatos institucionais universitários privados ou públicos.

Desde o século XIX a universidade pretende ser o lugar por excelência da produção de conhecimento científico. Não admira, pois que a sua reputação seja tradicionalmente medida pela sua produtividade no domínio da investigação (SANTOS, 2008, p.199).

A rede privada de ensino superior se expandiu consideravelmente no mandato do Governo Federal de FHC. Segundo dados do MEC e do INEP, em 1994 existiam 218 aparatos institucionais universitários públicos e 633 aparatos institucionais universitários privados; enquanto que em 2002 existiam 195 aparatos institucionais universitários públicos e 1.442 aparatos institucionais universitários privados. Em resumo, enquanto que a iniciativa privada mais que duplicou seu tamanho, a rede pública de ensino superior diminuiu seu tamanho.

O Censo Universitário de 2011, cujos dados estão disponíveis, demonstram a hegemonia privada na oferta do ensino superior brasileiro. Apesar das universidades públicas terem uma relativa vantagem em número, se levarmos em conta o número total de aparatos institucionais universitários (o que contemplaria além das universidades, também os centros universitários, as faculdades, os Institutos Federais de Educação – IF’s e os Centros Federais de Educação Tecnológica – CEFET’s), a categoria administrativa privada perfaz aproximadamente 88% do número de aparatos institucionais universitários, enquanto a categoria administrativa pública aproximadamente apenas 12%.

Ilustração 3: Tabela com número e percentual da organização acadêmica brasileira 2011

Tabela – Número e Percentual de Instituições de Educação Superior, por Organização Acadêmica, segundo a Categoria Administrativa (Pública e Privada) – Brasil – 2011

Categoria Administrativa	Total Geral		Organização Acadêmica							
	Total	%	Universidades	%	Centros Universitários	%	Faculdades	%	IFs e Cefets	%
Total	2.365	100,0	190	8,0	131	5,6	2.004	84,7	40	1,7
Pública	284	100,0	102	35,9	7	2,5	135	47,5	40	14,1
Privada	2.081	100,0	88	4,2	124	6,0	1.869	89,8	..	..

Fonte: MEC/Inep.

Quanto às matrículas existentes, tendo como base a categoria administrativa, aproximadamente cinco milhões de estudantes ou aproximadamente 74,63% dos graduandos cursam em aparatos institucionais privados, perante apenas 1,7 milhão de estudantes ou aproximadamente 25,37% que estudam em aparatos institucionais universitários públicos.

Ilustração 4: Tabela com percentual de matrículas de graduação presencial em 2011

Tabela – Percentual de Matrículas de Graduação Presencial por Organização Acadêmica, segundo Categoria Administrativa (Pública e Privada) das Instituições de Educação Superior – Brasil – 2011

Categoria Administrativa	Total Geral	Organização Acadêmica			
		Universidades	Centros Universitários	Faculdades	IFs e Cefets
Total	100,0%	51,1%	13,5%	34,0%	1,4%
Pública	100,0%	86,7%	0,9%	7,2%	5,2%
Privada	100,0%	37,4%	18,3%	44,3%	..

Fonte: MEC/Inep.

Também conforme o Censo Universitário de 2011, a área genérica de Saúde e Bem-Estar Social é a terceira categoria de matrículas mais abrangente no Sistema de Ensino Superior Brasileiro. A área corresponderia a aproximadamente 13,9% das matrículas existentes (aproximadamente 936.817 matriculandos e 326.191 ingressantes) e 14,9% do percentual de concluintes (aproximadamente 151.491 formandos) somente no ano de 2011.

Ilustração 5: Tabela com percentual de matrículas segundo áreas gerais em 2011

Tabela – Percentual de Matrículas e Concluintes, segundo as Áreas Gerais do Conhecimento dos Cursos de Graduação (Presencial e a Distância) a que estão Vinculados – Brasil – 2011

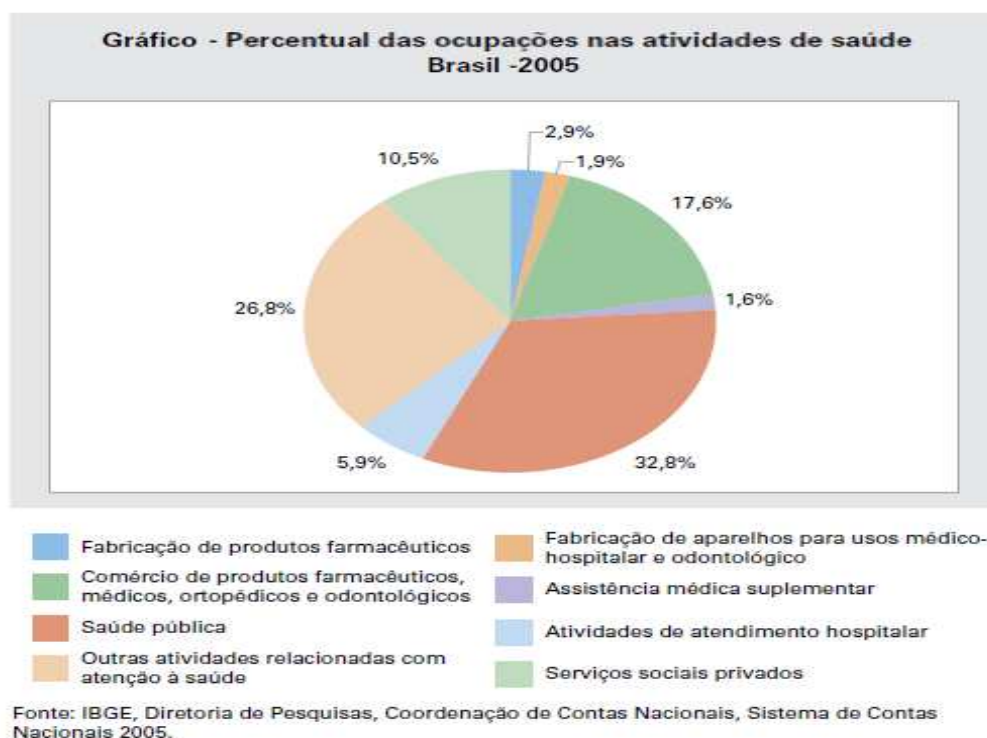
Área Geral do Conhecimento	Matrículas	Concluintes
Ciências Sociais, Negócios e Direito	41,6%	42,3%
Educação	20,2%	23,5%
Saúde e Bem-Estar Social	13,9%	14,9%
Engenharia, Produção e Construção	11,3%	6,4%
Ciências, Matemática e Computação	6,3%	5,5%
Agricultura e Veterinária	2,3%	2,0%
Humanidades e Artes	2,3%	2,6%
Serviços	2,1%	2,9%

Fonte: MEC/Inep.

Nota: Não inclui área básica de ingresso.

Conforme o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE em termos das ocupações e atividades de saúde no Brasil, a saúde pública brasileira corresponde por 32,8% do total de ocupações deste ramo de serviços. Isso a torna a primeira atividade em termos percentuais das ocupações existentes na área da saúde brasileira.

Ilustração 6: Gráfico com percentual das ocupações nas atividades de saúde em 2005

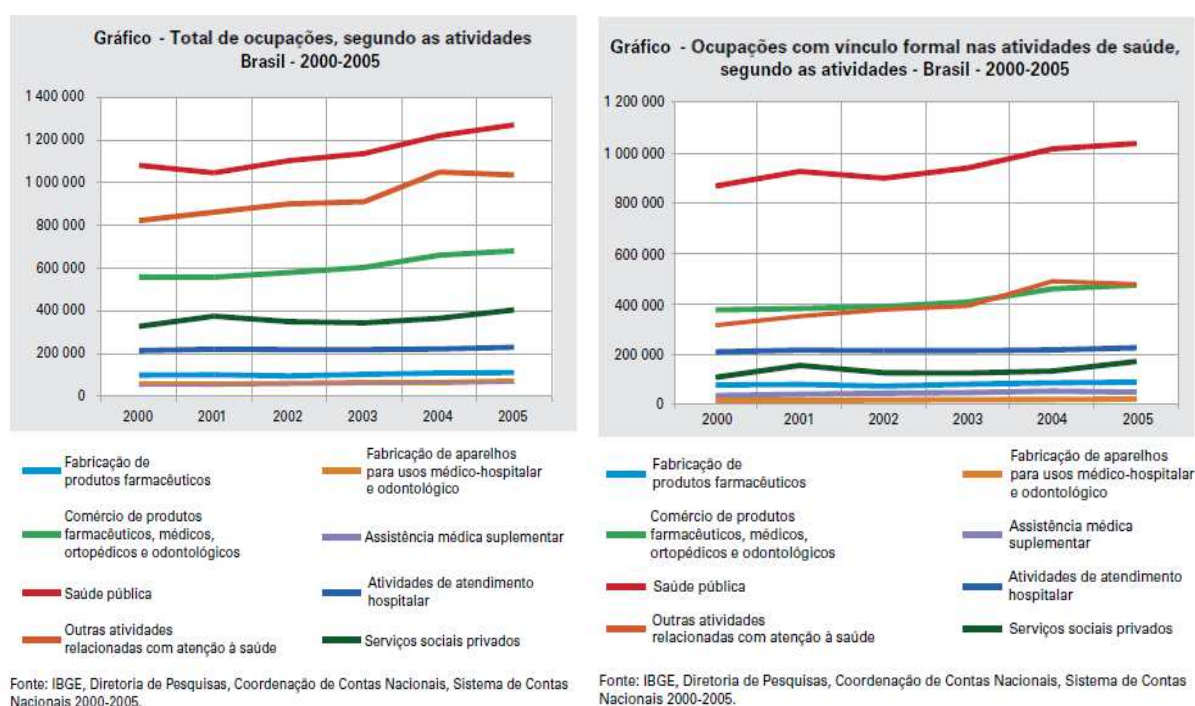


Entretanto conforme o próprio IBGE ressalta, a distribuição das faixas conforme o percentual de ocupações na área da saúde é muito imbricante e relativa, já que se estima que SUS, ou seja, a saúde do “(...) setor público comparece com cerca de 90% do gasto com o pessoal de saúde, através de formas diretas (emprego público) e indiretas (credenciados e contratos com o setor privado) (PAIM, 1994, p.11)”. Formas estas que em algumas áreas tais como o comércio de produtos ortopédicos, fabricação de aparelhos para usos médicos hospitalares e odontológicos, assistência médica suplementar e fabricação de produtos farmacêuticos em várias realidades municipais e estaduais chegam a cobrir a totalidade de préstimos financiados pelos aparatos institucionais públicos do Estado.

Além de produzir serviços de saúde e medicamentos e de distribuir medicamentos que a própria administração pública fabrica ou compra da indústria farmacêutica, a administração pública também adquire serviços de prestadores privados no mercado. Esses serviços, ofertados gratuitamente à população, são computados como despesa de consumo mercantil das administrações públicas. Constituem uma produção das atividades integrantes dos serviços de saúde privados financiada pela saúde pública (IBGE, 2008, p.18).

Dessa forma a saúde pública acaba não sendo apenas a primeira colocada na área percentual de ocupação da saúde brasileira, mas acaba também sendo indiretamente a majoritária financiadora e agenciadora dos profissionais de saúde brasileiros. Outros dados estatísticos recentes do IBGE também demonstram o crescimento tanto do vínculo formal quanto geral na área da saúde pública brasileira nos últimos anos em que tais dados foram medidos estatisticamente pelo aparato estatístico oficial.

Ilustração 7: Gráficos com total de atividades e vínculos em saúde 2000-2005

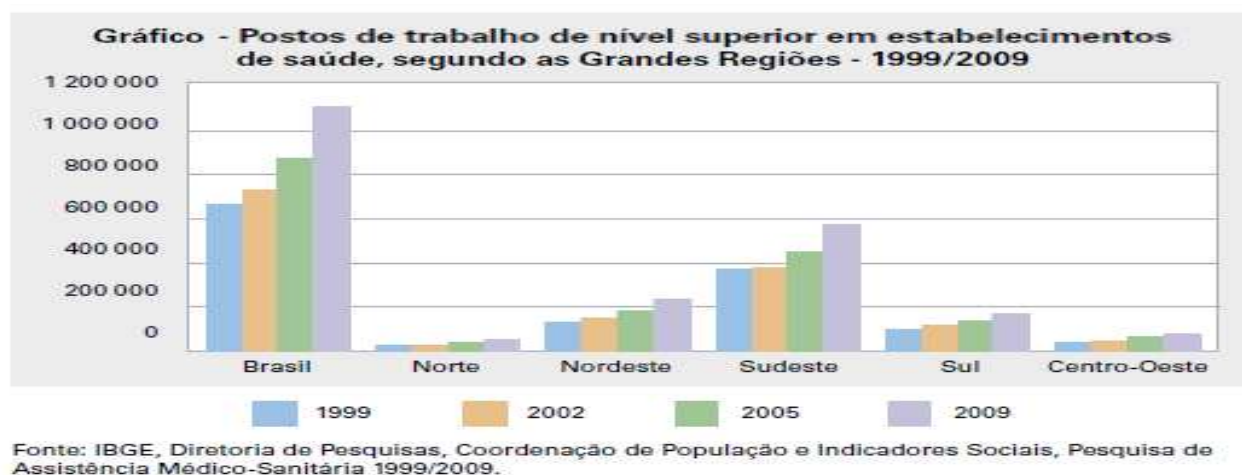


O crescimento dos postos de trabalho no nível superior também obtiveram um crescimento bem interessante nos últimos anos conforme medição realizada pelo IBGE (2000-2005). Isso ocorreu não somente em função do aumento no número de matrículas nos aparatos institucionais universitários, mas também em função do surgimento de novos cursos na área da saúde (quiropaxia, biomedicina e formações específicas em saúde coletiva), assim como a abertura de cursos na área que até então eram concentrados nas grandes capitais ou regiões brasileiras e que foram interiorizados por aparatos institucionais universitárias ou campis novos tanto de universidades privadas como públicas:

Os estabelecimentos de saúde ofertaram 870 361 postos de nível superior em 2005, passando para 1 104 340 em 2009, crescimento de 26,9% no período (...). O aumento dos postos de trabalho de nível superior foi mais acentuado na Região Norte, onde se observa acréscimo de 42,0% entre 2005 e 2009. Nas demais regiões, o crescimento de postos de trabalho de nível superior está entre 21,8% e 28,3% (IBGE, 2010, p.45).

Até o ano de 2005, conforme o IBGE existiam 1.271.483 profissionais trabalhando junto a saúde pública brasileira. Um crescimento perceptível desde o ano 2000, que segundo as estimativas não parou de crescer desde então até os dias de hoje.

Ilustração 8: Gráfico com postos de trabalho de nível superior em saúde 1999/2009



No computo total dos postos de trabalho no país, as atividades de saúde correspondem a 4% do total existente. Os dados apresentados demonstram que as áreas da saúde, e da saúde pública como um todo, deverão crescer consideravelmente em nosso país por vários motivos sociais. Os fatores demográficos implicarão drasticamente não somente na área da saúde pública, mas também no campo da saúde como um todo, inclusive na área da saúde privada, que será a drástica inversão na pirâmide populacional brasileira a partir de 2030 e acentuando-se drasticamente a partir de 2050.

As atividades de saúde foram diretamente responsáveis por mais de 4% do total de postos de trabalho no País entre 2000 e 2005. Houve um pequeno aumento proporcional dos postos de trabalho na saúde em relação às demais atividades econômicas, e as ocupações em saúde passaram de 4,1% do total de ocupações, em 2000, para 4,3 %, em 2005. Em números absolutos, em torno de 660 mil novos postos de trabalho foram criados pelas atividades de saúde no período (IBGE, 2008, p.47).

Os dados acima apresentados demonstram o reflexo de uma realidade social em que o estudo da formação dos trabalhadores em saúde junto ao ensino superior e sua relação com a saúde pública no ordenamento dos recursos humanos pra essa área é importante não somente enquanto estudo das determinadas políticas sociais e econômicas que estão sendo implementadas nesse sentido, mas também em função dos discursos e das práticas suscitados pelos sujeitos que participam nas mesmas e seus reflexos diretos na realidade social brasileira.

Frente a esta concepção que, ao identificar as diferenças com mediações necessárias na auto implantação de uma essência reduz o real ao conceito, a complexidade althusseriana é de natureza muito distinta: é a complexidade inerente a um processo de sobredeterminação. Este é o conceito chave introduzido por Althusser e, dado o uso indiscriminado e impreciso que posteriormente se tem feito do mesmo, é necessário precisar seu sentido originário e os efeitos teóricos que estava chamando a produzir no discurso (...) (LACLAU; MOUFFE, 1987, p.134)⁵⁶.

Os aparatos institucionais privados e públicos em seus discursos centraram o profissional médico, o espaço hospitalar, a modalidade assistencial e outras sobredeterminações junto à formação de trabalhadores em saúde no Brasil. As formações discursivas e ideológicas flexnerianas materializaram delimitações precárias de como as práticas em saúde foram e ainda são materializadas em nosso país. As regras universitárias sobredeterminam através de suas práticas discursivas a materialidade com que os efeitos ideológicos atravessam a formação de trabalhadores junto ao campo da saúde:

Todas essas regras, as que são explícitas e as que não o são, são construídas e mantidas pelo discurso. No exemplo de uma instituição como a universidade, tanto os/as alunos como o corpo docente utiliza esse discurso. Mas na construção dessas regras também desempenha um papel importante o discurso implícito que mantém suas próprias identidades sociais como alunos/as e professores/as – por exemplo, o discurso da universidade, da sociedade que permite e privilegia essa educação, o pensamento racional, o respeito as pessoas mais velhas e mais qualificadas, etc. (IÑIGUEZ, 2004, p.135).

Os diferentes discursos que atravessam os aparatos institucionais universitários públicos e privados em suas relações com os aparatos institucionais estatais ou privados de assistência em saúde tentaram ao longo de distintos blocos históricos perpassados em nossa país fixar delimitações precárias daquilo que seria uma identidade da formação dos trabalhadores em saúde. Como evidenciamos anteriormente o conceito de identidade estará sempre em constante disputa discursiva de sua significação. Por isso a tentativa de fornecer uma base consensual, ou seja, práticas hegemônicas daquilo que deveria ser a identidade da formação dos trabalhadores em saúde, sempre revelará precariedades delimitatórias de uma totalidade ausente. Uma totalidade apresentada como horizonte e não mais como fundamento:

As universidades sempre foram habitadas por uma pluralidade de discursos – o liberal, o tecnológico, o crítico, o experimental, o profissional, o humanístico, etc. Contudo, no que diz respeito à sua definição de ensino superior, os diferentes níveis e domínios da narrativa moderna forneciam uma ampla base de consenso e, por isso, os ingredientes para uma identidade mais ou menos segura de si (MAGALHÃES, 2004, p.355).

⁵⁶ Tradução livre do autor desta dissertação de mestrado.

Gramsci era bem consciente de a “(...) diversidade das forças sociais que entravam na composição de uma identidade hegemônica, nenhuma vontade coletiva e sentido de comunidade poderiam resultar de tal concepção de negociação e alianças (LACLAU, 2011, p.63)”, ou seja, devido a grande diversidade de sujeitos e aparatos institucionais (universitários, estatais, sanitários e outros em setores públicos e privados) que se amalgam para constituírem uma suposta identidade hegemônica daquilo que seria a formação de trabalhadores em saúde no Brasil, nenhuma identificação com práticas discursivas não dominantes seria possível. Segundo Merhy (2003, p.19) os “(...) modelos médico hegemônico e sanitário burocrático são bons exemplos disso, bem como o modelo político clientelista e populista que expressam formas dominantes de certos grupos gestores se colocarem em cena (MERHY, 2003, p.19)” revela como a identidade hegemônica flexneriana da formação dos trabalhadores em saúde é salutar para a manutenção do atual configuração dos campos da saúde e do social. Desse modo, no Brasil a “relação, segundo a qual um conteúdo diferencial particular passa a ser o significante da plenitude comunitária ausente, é exatamente o que denomino *relação hegemônica* (LACLAU, 2011, p.77)” junto à formação dos trabalhadores no campo da saúde através da centralidade do discurso médico, assistencial e hospitalar; sobredeterminando práticas discursivas e ideológicas junto ao campo da saúde brasileiro:

Desta maneira, de forma mais sistemática, hegemonia é uma relação em que uma determinada identidade, num determinado contexto histórico, de forma precária e contingente, passa a representar, a partir de uma relação equivalencial, múltiplos elementos (MENDONÇA & RODRIGUES, 2008, p.29-30).

Na contingencialidade precária de diferentes realidades sociais, os aparatos institucionais universitários brasileiros foram amalgamando o modelo flexneriano de formar trabalhadores da saúde focados na centralidade médica hospitalar para o tratamento de doenças. A noção dos determinantes sociais e sua relação direta com os níveis e as condições de saúde da população em geral foram relegadas a segundo plano e desconsiderados nas práticas hegemônicas de formação dos trabalhadores junto ao campo da saúde. Os aparatos institucionais universitários brasileiros de um modo geral, depositárias da incumbência social de formação em nível terciário dos trabalhadores no Brasil, constituiu uma relação hegemônica em que o foco categórico e generalístico em saúde nas suas práticas discursivas, não devem conter razões explícitas e vinculadas com o contexto social brasileiro na qual estão inseridas. Evidencia-se por outro lado a hegemonia das relações sanitárias onde o cerne discursivo são as práticas médico-assistenciais-hospitalares e não seus limites precários.

A questão do perfil dos graduandos é um exemplo desta reflexão, isto é, espera-se de uma forma cada vez mais clara que estes se compaginem com perfis e identidades profissionais flexíveis e modos acelerados de adaptação às modificações das necessidades do mercado de trabalho, assumindo que atualmente já não é possível esperar ter-se apenas uma profissão ao longo da vida (...) (MAGALHÃES, 2004, p.86).

O perfil dos graduandos junto aos diferentes campos disciplinares que são abalizados como sendo fiduciários ao campo da saúde (conforme enumerações anteriores), são sobredeterminados por formações discursivas e ideológicas que tentam significar através de práticas igualmente discursivas e ideológicas a hegemonia flexneriana. Hegemonia flexneriana que centraliza: o profissional médico em detrimento dos demais profissionais da saúde; a modalidade assistencial em saúde em detrimento das modalidades preventivas, promocionais e outras do campo sanitário; o espaço hospitalar em detrimento de outros espaços igualmente importantes em termos de organização sanitária; entre outras sobredeterminações possíveis da hegemonia discursiva flexneriana.

Não conhece o SUS, ou o que seja promover saúde. Saúde pública é para sanitaristas. Desconhece ou nega que epidemiologia é a base de seu raciocínio. Acredita que, se a maioria da categoria médica pensa de uma forma, nada vai mudar nas políticas de saúde (nem para ele), por isso não precisa estar atualizado nelas. O melhor lugar para pedir exames é uma clínica que já tenha laboratório ou um hospital (DA ROS, 2004, p.239).

Estes discursos que Da Ros (2004, p.239) enuncia é a identidade discursivamente hegemônica da formação flexneriana dos trabalhadores em saúde. Estes discursos não são isentos de intencionalidades ou efetividades materializadas junto aos aparatos institucionais estatais, universitários, sanitários e afins existentes junto à formação dos trabalhadores em saúde. A hegemonia flexneriana não é isenta de articulações que engendram seu ordenamento sanitário vindo a constituir um habitus estudantil delimitado precariamente.

Os aparatos institucionais universitários, embora dispondo de uma autonomia relativa para definir as práticas ideológicas que serão articuladas em suas práticas discursivas, não são capazes de alterar por si sós, a hegemonia discursiva com que a formação flexneriana dos trabalhadores no campo da saúde engendrou ao longo dos blocos históricos perpassados. Conforme Paim (1994, p.07) os aparatos institucionais universitários produzem inclusive “(...) uma ação de reforço e de produção dessa estrutura através da ideologia, do “habitus”, da cultura e das práticas exercidas pelos seus docentes (PAIM, 1994, p.07)”. Articular práticas discursivas e ideológicas que tencionem se contrapuser a hegemonia flexneriana praticada junto aos aparatos institucionais universitários não é tarefa fácil:

Daí que a universidade seja constantemente confrontada, ora com a produção de excesso, ora com a produção deficiente de perfis profissionais, sem que as solicitações de profissionalização tenham o mínimo de estabilidade que permita esboçar uma resposta. Quando esta é tentada o mais provável é que não atinja os seus objetivos ou até atinja os objetivos contrários (SANTOS, 2008, p.196).

Conforme mencionamos anteriormente, a hegemonia se constituiu através da articulação consensual dos discursos junto a algum campo contextual. Algumas hegemonias estão constituídas desde longa data e suas articulações se encontram amalgamadas em formações discursivas e ideológicas junto aos diversos aparatos institucionais dos distintos poderes que engendram a manutenção de determinadas ordens sociais vigentes.

Uma formação discursiva é sempre um conjunto articulado, mas heterogêneo, de discursos, ou seja, de sistemas de regras de produção de sentido. Uma formação discursiva já está hegemonizada por um determinado discurso dentro de uma pluralidade. Não é um todo monolítico, fechado em si, mas produz efeitos de posicionamento, autorização e restrição sobre os sujeitos que nela se constituem ou expressam (BURITY, 2008, p.42).

O modelo flexneriano se hegemonizou como uma formação discursiva e ideológica presente na pluralidade das instituições sanitárias, universitárias, estatais, hospitalares, clínicas e de outras possibilidades do social sanitário em que os sujeitos acabam sendo sobredeterminados por posicionamentos, autorizações e restrições de como evidenciarem suas escolhas enquanto cidadãos junto ao campo da saúde. Segundo Laclau (2011, p.78) “hegemonizar algo é exatamente cumprir essa função de preenchimento”, ou seja, o modelo flexneriano cumpre aparentemente esta função de preenchimento do vazio existente na formação em saúde desvinculada da realidade social brasileira. As articulações que se contrapõem ou visam dismantelar o cerne da identidade discursiva flexneriana da formação de trabalhadores da saúde, tentando desfazer os postulados exclusivistas de pureza e verdade do mesmo, ainda são muito rarefeitas em termos de suas formulações práticas e teóricas:

O processo social de construção de campos de interesses, através da articulação política de verdadeiras matrizes discursivas que delimitaram um projeto específico de organização social do setor de saúde coletiva, passou pela forma como essas matrizes constituíram-se em propostas das forças dirigentes e pela maneira como se formaram as arenas decisórias das políticas governamentais de Saúde Pública (MERHY, 1992, p.124).

Mas, como a relação hegemônica das forças dirigentes junto ao campo da saúde é ausente de totalidade fundante na constituição de seus discursos flexnerianos orientadores das relações sobredeterminantes junto aos aparatos institucionais; outras articulações políticas se aventam com distintas matrizes discursivas em relação as matrizes das forças dirigentes.

4. AS ARTICULAÇÕES NA FORMAÇÃO DOS TRABALHADORES EM SAÚDE

Segundo Paim (1994, p.06) diferentes autores “(...) convergem na constatação do predomínio de enfoque ‘formação de recursos humanos em saúde’ (...)” vindo a desenvolver estudos naquilo que designavam como Recursos Humanos em Saúde – RHS. Apesar de contemporaneamente a designação *recursos humanos* estar em rechaço desuso frente à nova designação de *gestão de pessoas*, várias obras importantes do campo sanitário ainda continuam a se utilizar do conceito de RHS em similitude a designação formação de trabalhadores em saúde que viemos utilizando até aqui. Em termos legais inclusive a CF estabelece no artigo nº. 200 § III que o SUS tem o dever de promover ações de ordenação na formação de *recursos humanos* em saúde. Neste capítulo apresentaremos as articulações ideológicas e discursivas que tencionaram superar a hegemonia flexneriana existente junto à formação dos trabalhadores em saúde.

4.1 ARTICULAÇÕES PRECEDENTES DA FORMAÇÃO EM SAÚDE

Conforme Gárcia (1989, p.150) a Organização PanAmericana de Saúde – OPAS na década de 1950 começa “(...) a se interessar por uma reformulação do ensino da medicina preventiva e social, organizando seminários regionais sobre o assunto” na América Latina e Central. Não somente a OPAS, mas igualmente outros aparatos institucionais financiadores privados internacionais começam a se aventar em diferentes focos de intervenção intelectual junto ao campo da saúde e correlatamente também junto à formação dos trabalhadores deste campo, ou seja, focalizando a questão dos RHS no Brasil e América Latina:

A educação médica latino-americana era avaliada como atrasada cientificamente, desintegrada da prevenção, indisciplinada, metodologicamente anacrônica. A OPAS, a Fundação Rockefeller, a Fundação Milbank, a Ponto IV, iniciaram um esforço para corrigir estas deficiências. Assim, a OPAS encarrega-se da “modernização do ensino da medicina preventiva e social”; a Fundação Rockefeller cria e apoia pequenas escolas-modelo, em zonas relativamente isoladas por grandes centros urbanos nacionais. A Fundação Milbank concentra-se nas ciências sociais em saúde e o Ponto IV incorpora cientistas sociais, especialmente antropólogos, em seus programas de ação (GÁRCIA, 1989, p.151).

Ainda conforme Paim (1986, p.107) até “(...) a década de sessenta a formação de recursos humanos em saúde coletiva no Brasil era realizada, basicamente, em duas escolas de saúde pública, no Rio de Janeiro e em São Paulo”. A recorrência na formação de recursos humanos em saúde coletiva no exterior era ainda a prática vigente. Somente quando estes sanitaristas retornam ao Brasil é que a formação de sanitaristas em solo tupiniquim se aprofunda e abra margem para a possibilidade de novas articulações junto a este campo.

Na tentativa de superação do modelo brasileiro de escolas superiores no lugar de verdadeiras universidades, começaram a se constituir no início dos anos 1960 o movimento pela Reforma Universitária, como tínhamos discorrido no capítulo anterior. O movimento constituído pelas organizações estudantis, círculos de cientistas, educadores e demais atores sociais começaram a se organizar em termos de pleitos programáticos da universidade brasileira que se esperava constituir:

A reforma universitária não é um exercício de intelectuais. Ela é um movimento histórico-social: traz em seu bojo as configurações de um querer coletivo, que se equaciona atualmente através de fortes frustrações e de grandes esperanças da juventude de círculos de cientistas, educadores e homens de ação (FERNANDES, 1979, p.223).

A União Nacional dos Estudantes - UNE chegou a organizar três seminários nacionais e um encontro regional tratando do tema da Reforma Universitária: a) o 1º Seminário Nacional de Reforma Universitária realizado em Salvador entre 20 e 27 de maio de 1961 em que resultou na chamada Declaração da Bahia; b) o 1º Encontro da Região Sul sobre a Reforma Universitária realizado em Porto Alegre no mês de junho de 1961 em que resultou na Declaração de Diretrizes para a Universidade Sulina; c) o 2º Seminário Nacional da Reforma Universitária realizado em Curitiba de 20 a 27 de março de 1962 em que resultou na Carta Paraná; e d) o 3º Seminário Nacional da Reforma Universitária realizado em Belo Horizonte em 1963.

É interessante observar que nos debates nesses Seminários e, de forma mais explícita, nas declarações deles emanadas sobre a reforma do ensino superior, os estudantes colocam sempre o problema da reforma da sociedade e as questões políticas mais globais. Isto se torna bastante evidente quando, após 1960, integra-se a reforma universitária nas reformas de base (FÁVERO, 1977, p.50).

Nos documentos formulados em seminários e encontros organizados pela UNE, como na Declaração da Bahia e na Carta Paraná, os estudantes preconizavam uma universidade que fosse antidogmática e imune às discriminações sociais, políticas, econômicas e ideológicas; lógicas que então imperavam nas instituições universitárias. Segundo Santos (2008, p.206) o “(...) movimento estudantil dos anos sessenta foi, sem dúvida, o porta-voz das reivindicações mais radicais no sentido da intervenção social da universidade”. Como discorrido anteriormente, à concepção de universidade que se tinha no Brasil, excetuando-se os casos da USP e da UNB, era muito mais um amalgamento material de escolas superiores através da institucionalidade do que uma intencionalidade universitária real:

Na América Latina, por exemplo, tem vindo a concretizar-se de forma inovadora em países em processo de transição democrática. Entre outros exemplos possíveis, o mais importante foi talvez o da universidade de Brasília, sob o reitorado de Cristovam Buarque, acima de tudo pelo modo como procurou articular a tradição elitista da universidade com o aprofundamento do seu compromisso social (SANTOS, 2008, p.209).

Conforme Garcia (1989, p.181) a “(...) concepção dominante no período anterior aos anos 70, do poder de transformação social da escola, estava garantida pelo predomínio do positivismo entre as correntes do pensamento educacional” junto a nível superior de formação tanto dos profissionais do campo da saúde como de outros campos teóricos e práticos. Enquanto “(...) não foi posta em causa, a hegemonia da universidade consistiu fundamento bastante de legitimidade da universidade e, portanto, da aceitação consensual da sua existência institucional (SANTOS, 2008, p.210)”, ou seja, de sua hegemonia até o período em que “(...) esta ideologia universitária entrou em crise no pós-guerra e nos sessenta viu-se frontalmente confrontada com a reivindicação do envolvimento (SANTOS, 2008, p.199)” dos seus aparatos institucionais com a realidade social na qual estava inserida:

A universidade foi criticada, quer por raramente ter cuidado de mobilizar os conhecimentos acumulados a favor de soluções dos problemas sociais, quer por não ter sabido ou querido pôr a sua autonomia institucional e a sua tradição de espírito crítico e de discussão livre e desinteressada ao serviço dos grupos sociais dominados e seus interesses (SANTOS, 2008, p.205).

Os discursos materializados junto aos aparatos institucionais universitários, mesmo atendendo aos interesses da pequena parcela elitizada que tinha acesso a suas vagas, começam a ser colocados em questionamento. Justamente devido à insuficiência: tanto no que condizia a disponibilidade de vagas; quanto ao que condizia em termos de implicação social da universidade junto à realidade na qual estivesse inserida de fato ou não; as práticas discursivas e ideológicas da universidade brasileira vinham sendo colocados à prova através da movimentação estudantil ou de modificações administrativas. Na verdade ambas desembocaram na Reforma Universitária Brasileira - RUB. A RUB perpassou inúmeros processos que tentaram reformular as práticas discursivas e ideológicas tanto junto ao campo da saúde como de outros campos em que profissionais brasileiros se formavam:

Desde meados dos anos setenta, técnicos empregados em órgãos públicos, reconhecendo as limitações do modelo articulado para a expansão da assistência médico-hospitalar, identificando suas distorções, sua inviabilidade financeira e sua baixa capacidade de resolver problemas de saúde, trabalhavam em projetos alternativos, que sem romper com as formas de propriedade existentes, possibilitassem uma correção destas “disfunções” (CAMPOS, 2006, p.43).

O ano de 1974 foi decisivo para que novas articulações junto à formação dos trabalhadores em saúde no Brasil fossem constituídas. Com a desvinculação vinculante do INAMPS perante o INPS ocorrida naquele ano, para além das práticas hegemônicas das formações discursivas e ideológicas dos aparatos institucionais estatais e universitários públicos ou privados; também foram promovidas as primeiras práticas articulatórias que juntamente com a OPAS e a OMS tinham como propósito promover a adequação (qualitativa/quantitativa) da formação de pessoal às necessidades e possibilidades dos serviços, através de progressiva integração das atividades de capacitação na realidade do SUS:

Entre as experiências mais expressivas de formação de pessoal de saúde, envolvendo os serviços de saúde e algum apoio de instituições de ensino, conduzidas no Brasil, destaca-se o PPREPS, ou Programa de Preparação Estratégica de Pessoal de Saúde. Suas origens encontram-se em 1974 quando o Ministério da Saúde compôs um grupo de trabalho para estudar a situação e as perspectivas dos RHC e propôs soluções a serem incorporadas no II PND (Plano Nacional de Desenvolvimento), no governo Geisel. Teve início efetivamente em 1976, através dos Ministérios da Saúde e da Educação, com a cooperação da OPAS/OMS (PAIM, 1994, p.37).

Mesmo sendo concebido em pleno governo autocrático da Ditadura Militar, o PPREPS, para alguns autores, através da “(...) implementação dos Centros ou Núcleos de Desenvolvimento de Recursos Humanos nas Secretarias de Saúde dos Estados, significou a possibilidade de formação de *intelectuais orgânicos* (PAIM, 1994, p.38, grifos nossos)” tal como Gramsci havia teorizado. Para estes autores espaços articulatórios importantes como a VIII CNS e a primeira Conferência Nacional de Recursos Humanos para a Saúde – I CNRHS só foram possíveis graças a esses “núcleos ideológicos modernizantes” que o PPREPS havia constituído em pleno bloco histórico autocrático:

No Brasil é no pós-74 que começa a ocorrer um intenso debate político sobre a questão da saúde, que irá articular-se aos movimentos sociais também neste momento. Quer através das associações de bairros, dos movimentos das comunidades eclesiais de base, dos movimentos profissionais de saúde, esses movimentos, além de seu caráter reivindicatório, também atuaram no sentido de provocar entre os pesquisadores novos estudos e novas perguntas (NUNES, 1992, p.30).

A influência de eventos como a Conferência Internacional de Cuidados Primários de Saúde (realizada em Alma-Ata, capital da então República Soviética do Cazaquistão durante os dias 6 e 12 de setembro de 1978) e a aprovação da Reforma Sanitária Italiana (ocorrida em 23 de dezembro de 1978) foi decisiva para os intelectuais orgânicos do MSB conforme Paim (2009):

A *participação da comunidade* expressa uma orientação para democratizar os serviços e as decisões em relação à saúde. Trata-se de uma recomendação de organismos internacionais, como a Organização Mundial de Saúde (OMS), para o desenvolvimento de sistemas de saúde, especialmente a partir da Conferência Internacional de Cuidados Primários de Saúde, realizada em Alma Ata no ano de 1978 (PAIM, 2009, p.50, grifo do autor citado).

Como evidenciamos no capítulo anterior através de uma série de citações, no (...) Brasil a incorporação constitucional dos direitos sociais foi sobremaneira lenta. Nenhum texto constitucional se refere explicitamente à saúde como integrante do interesse fundante do pacto social até a promulgação da Carta de 1988 (DALLARI, 1995, p.23). A Carta de 1988, ou seja, a CF significada como *Constituição Cidadã* não foi uma concessão das classes dominantes no poder. Qualquer análise historiográfica revelará que direitos não são dados, mas sim conquistados, assim como Moura (1989) já apregoava com relação à saúde bem antes da CF de 1988 ter sido promulgada. Desse modo, segundo os autores que tratam do tema, tanto o MSB (...) quanto o SUS nasceram da sociedade, e não de governos ou partidos. Embora tal proposta só tenha sido incorporada à Constituição da República nove anos depois, é possível comemorar presentemente três décadas do SUS (PAIM, 2009, p.40) que antecederam em sua criação. A significação de *intelectuais orgânicos* do MSB, defendida por Paim (1994, p.38) e outros autores, vinha segundo eles se articulando desde 1974 a partir do PPREPS e de suas instâncias, para que com a *participação social* da sociedade civil viessem a se constituir:

A 8ª Conferência foi um evento duplamente inédito. Inédito na história das políticas de saúde porque não se tem notícia de que o poder executivo brasileiro jamais tenha convocado a sociedade civil para o debate de políticas ou programas de governo, menos ainda no estágio ou momento de sua formulação na escala de que o fez naquele momento. Todas as sete conferências de saúde anteriores pautaram-se por um caráter eminentemente técnico e pela baixíssima representatividade social marcada pela participação praticamente restrita a gestores e técnicos governamentais (CARVALHO, 1995, p.53).

A formação dos trabalhadores em saúde desde a VIII CNS começa a ser requisitada enquanto importante prática articulatória que tenta preencher o vazio de aparatos institucionais sanitários em suas defasagens.

A área da saúde, inevitavelmente referida ao âmbito coletivo-público-social, tem passado historicamente por sucessivos movimentos de recomposição das práticas sanitárias decorrentes das distintas *articulações* entre sociedade e Estado que definem, em cada conjuntura, as respostas sociais às necessidades e aos problemas de saúde (PAIM, 2000, p.36, grifos nossos).

Teremos a partir da VIII CNS a participação social da sociedade civil de forma efetiva e organizada requisitando em todas as CNS's posteriores à necessidade de práticas articulatórias da formação dos trabalhadores no campo da saúde com a realidade social.

4.2 PRÁTICAS ARTICULATÓRIAS REQUISITADAS NA FORMAÇÃO EM SAÚDE

Conforme Laclau e Mouffe (1987, p.175) toda disputa ocorrida no campo social sendo ela uma “(...) luta democrática emerge no interior de um conjunto de posições de um espaço político *relativamente* suturado, formado por uma multiplicidade de práticas que não esgotam, sem embargo, a realidade referencial e empírica dos agentes que formam parte das mesmas”⁵⁷. Assim sendo, existe uma multiplicidade de práticas existentes junto ao campo social da saúde que se encontram em disputa para que determinadas articulações discursivas e ideológicas ocorram em detrimento de outras. As práticas de formação e ordenação de RHS, apesar de suas altas implicações com a prestação dos serviços sanitários por parte dos aparatos institucionais junto à população, não são práticas articulatórias evidenciadas em primeiro plano quando se enunciam cadeias significantes de requisição junto ao campo da saúde:

Isto nos indica claramente que o problema não pode ser resolvido no campo de um sistema estável de diferenças; que tanto autonomizam como subordinam – e seus distintos graus de relatividade – são aceitos que só adquirem seu sentido no campo das práticas articulatórias e – na medida em que estas operam em campos políticos sulcados por antagonismos – das práticas hegemônicas. As **práticas articulatórias** não têm somente lugar *no interior* de espaços sociais e políticos dados, mas também *entre* os mesmos. A autonomia do Estado em seu conjunto – supondo por um instante que se possa falar dele como de uma unidade – depende da construção de um espaço político que só pode ser o resultado de articulações hegemônicas. E o mesmo pode dito do grau de unidade ou autonomia existente entre os distintos ramos e aparatos do Estado. É dizer, que a autonomia de certas esferas no é o efeito estrutural necessário de nada, mas a resultante de práticas articulatórias precisas que constroem a dita autonomia. *A autonomia, longe de ser incompatível com a hegemonia, é uma forma de construção hegemônica.* (LACLAU; MOUFFE, 1987, p.184, grifos do autor citado em itálico e nossos em negrito)⁵⁸.

Desde antes da criação do SUS, os espaços sociais e políticos instituídos para que as práticas articulatórias junto ao campo da saúde sejam requisitadas por parte da população junto ao Estado, entendendo ele como aparato institucional de forma discursiva, foram as CNS's e os conselhos municipais, estaduais e nacional de saúde. Mesmo a formação e a ordenação de RHS, sendo considerada uma prática articulatória não hegemônica junto as requisições enunciadas pela população junto ao Estado, se formos analisar os relatórios finais de todas as CNS's realizadas desde a criação do SUS, a partir da XIX CNS, perceberemos que as requisições de práticas articulatórias entre aparatos institucionais estatais, universitários, sociais e outros possíveis nesse âmbito foram sempre enunciadas. Entretanto as práticas articulatórias de ordenação e formação de RHS implementadas desde então sempre foram muito tímidas até a criação de alguns programas ou projetos políticos como o VER-SUS.

⁵⁷ Tradução livre do autor desta dissertação.

⁵⁸ Tradução livre do autor desta dissertação.

Ilustração 9: Tabela das Práticas Articulatórias de RHS requisitadas nas CNS's

Dados da Conferência:	Práticas Articulatórias de RHS requisitadas:
<p>O quê? IX Conferência Nacional de Saúde Como? Descentralizando e democratizando o conhecimento Quando? 9 - 14 de agosto de 1992 Onde? Brasília / Distrito Federal</p>	<p>- garantir a Universidade pública, gratuita, autônoma, democrática e sem fronteiras para estabelecer mecanismos que promovam a sua efetiva inserção no SUS. Para tanto é necessário a adequação dos currículos dos cursos da área da saúde e a articulação de seus serviços nas funções de ensino, pesquisa e extensão como o projeto de implementação do Sistema Único assegurando-se a existência de mecanismos de avaliação contínua do ensino em saúde (9ª CNS, 1992, p.32, grifo nosso);</p>
<p>O quê? X Conferência Nacional de Saúde Como? SUS – Construindo um modelo de atenção à saúde para a qualidade de vida Quando? 2 a 6 de setembro de 1996 Onde? Brasília / Distrito Federal</p>	<p>- fortalecimento dos vínculos com Universidades, promovendo articulações intersetoriais, para que a formação dos profissionais seja modificada, capacitando-os para atuar na Atenção Integral à Saúde Individual e Coletiva (10ª CNS, 1996, p.60, grifo nosso);</p>
<p>O quê? XI Conferência Nacional de Saúde Como? Efetivando o SUS – Acesso, Qualidade e Humanização na Atenção à Saúde com Controle Social Quando? 15 a 19 de setembro de 2000 Onde? Brasília / Distrito Federal</p>	<p>- entabular, concreta e sistematicamente, um debate nacional articulado e articulador de gestores, conselheiros, trabalhadores e formadores de recursos humanos para implementar a NOB-RH/SUS e aperfeiçoá-la segundo as necessidades sociais em Saúde de cada localidade e o papel de cada esfera de governo (11ª CNS, 2000, p.152, grifos nossos).</p>
<p>O quê? XII Conferência Nacional de Saúde Como? Saúde um direito de todos e um dever do estado. A saúde que temos, o SUS que queremos Quando? 07 a 11 de dezembro de 2003 Onde? Brasília / Distrito Federal</p>	<p>- recomendar ao Ministério da Saúde e às secretarias estaduais e municipais de saúde a implementação articulada de uma política e de programas de educação permanente, com ênfase nos princípios da intersetorialidade e com equipes multiprofissionais para romper a formação fragmentada e reafirmar os princípios do SUS (12ª CNS, 2004, p.125, grifo nosso).</p>
<p>O quê? XIII Conferência Nacional de Saúde Como? Saúde e Qualidade de Vida – Políticas de Estado e Desenvolvimento Quando? 14 a 18 de novembro de 2007 Onde? Brasília / Distrito Federal</p>	<p>Postular como prioridade a articulação entre universidades, secretarias de saúde e movimentos sociais, na formulação de políticas e de projetos que aproximem as diferentes realidades sociais dos municípios ao processo pedagógico de formação em saúde para os níveis técnico e superior, com a introdução de conteúdos referentes às políticas de saúde, à humanização, à atenção básica, enfatizando a visão da integralidade do cuidado e formando, assim, profissionais com perfil voltado à promoção e à atenção à saúde, e comprometidos com o SUS (13ª CNS, 2008, p.93, grifo nosso).</p>
<p>O quê? XIV Conferência Nacional de Saúde Como? Todos usam o SUS – SUS na Seguridade Social- Política Pública, Patrimônio do Povo Brasileiro Quando? 30 de novembro a 04 de dezembro de 2011 Onde? Brasília / Distrito Federal</p>	<p>Para ampliar a atuação dos profissionais de saúde no SUS, em especial na Atenção Básica, buscamos a valorização das Residências Médicas e Multiprofissionais, assim como implementar o Serviço Civil para os profissionais da área da saúde. A revisão e reestruturação curricular das profissões da área da saúde devem estar articuladas com a regulação, a fiscalização da qualidade e a criação de novos cursos, de acordo com as necessidades sociais da população e do SUS no território (14ª CNS, 2012, p.89, grifo nosso).</p>

Fonte: Elaboração própria tendo como base os relatórios finais das CNS's.

Conforme defesa discursiva de Paim (1994), a emblemática articulação do MSB na VIII CNS através de seus intelectuais orgânicos vai propiciar que outras práticas discursivas venham a se configurar entre os aparatos institucionais sanitários e os aparatos institucionais sociais da população civil logo na sequência da referida CNS.

A I Conferência Nacional de Recursos Humanos para a Saúde, realizada sob a influência doutrinária da VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS), abriu um canal de *articulação* entre instituições de saúde (ensino e serviços) e entidades representativas da população. No que se refere ao ensino de graduação propôs, entre outras medidas, o contato precoce do aluno com a realidade de saúde, a alteração do ciclo básico, a discussão de “Saúde e Sociedade”, e a IDA ou “integração ensino-serviço” como mecanismo de reorganização dos serviços (PAIM, 1994, p.14, grifo nosso).

A enunciada RSB teria sido conforme Mendes (2001, p.27) “(...) um processo que se materializou, juridicamente, com a Seção da Saúde da CF de 1988 e as Leis Orgânicas da Saúde, a Lei nº. 8.080, de 19 de setembro de 1990, e a Lei nº. 8.142, de 28 de dezembro de 1990”. Assim sendo, “(...) tanto a RSB quanto o SUS nasceram da sociedade, e não de governos ou partidos. Embora tal proposta só tenha sido incorporada à Constituição da República nove anos depois, é possível comemorar presentemente três décadas do SUS (PAIM, 2009, p.40)”. No que se refere à formação dos trabalhadores no campo da saúde para além das legislações que já citamos e que indicam atribuições aos aparatos institucionais estatais, outras normatizações igualmente reforçaram e reforçam a necessidade da *articulação* de uma verdadeira organização sistematizada para os RHS:

Em decorrência do preceito constitucional que atribui ao SUS a ordenação da formação de recursos humanos, a LOS, em seu artigo 27, explicita que a política de recursos humanos na área da saúde será formalizada e executada, articuladamente, pelas diferentes esferas de governo, em cumprimento, principalmente, do objetivo de *organização de um sistema* de formação de recursos humanos (CARVALHO; SANTOS, 2006, p.187, grifos do autor citado).

As CNS's que se seguiram a VIII CNS, conforme percebemos no quadro exposto acima, continuaram a requisitar práticas articulatórias junto às políticas de formação dos trabalhadores no campo da saúde que implicassem maior contato com a realidade social da saúde pública e dos contextos sociais brasileiros. Alguns anos posteriores a I CNRHS ocorreu a II CNRHS, que novamente requisitou práticas articulatórias junto à formação dos trabalhadores no campo da saúde. No Relatório Final da II CNRHS as proposições “(...) concentram-se, portanto na *formação dos RHS*, de acordo com novos modelos assistenciais a serem coletivamente construídos tomando como base a epidemiologia e as ciências sociais, e na *gestão do pessoal de saúde* no âmbito do SUS (PAIM, 1994, p.20, grifos do autor)”.

A II CNRHS, realizada em Brasília em setembro de 1993, permitiu uma análise bastante precisa e pertinente sobre as mudanças nos quadros demográfico e epidemiológico e suas relações com os contextos econômico, político e social. Procedeu um questionamento inteligente sobre o modelo assistencial hegemônico e uma reflexão sobre os recursos humanos na perspectiva de um sistema de saúde em transição (PAIM, 1994, p.18).

As CNS's e a CNRHS em suas duas edições requisitaram perante os aparatos institucionais universitários um “(...) apelo à prática enquanto vertente, mais sócio-política, que se traduziu na crítica do isolamento da universidade, da torre de marfim insensível aos problemas do mundo (SANTOS, 2008, p.200)” contemporâneo e sua realidade social. Os denominados *intelectuais orgânicos* do MSB (PAIM, 2004, p.38) apesar de sua constante presenciabilidade nos espaços em que se tencionava o aprofundamento da RSB, obtinham apenas o esgotamento de seu ideário tendo em vista que o projeto de sociedade em andamento lhe era totalmente antagônico em intenções:

Com essa perspectiva, abre-se a possibilidade de se compreender o esgotamento da Reforma Sanitária brasileira, que agora colhe os frutos de seu êxito na institucionalidade da saúde como um direito de todos e um dever do Estado compondo o capítulo da seguridade social. Mas ela também possibilita que se pense uma nova *articulação* entre saúde e democracia que não se limite ao comportamento das elites políticas brasileiras, mas que remeta a um novo projeto para a sociedade que incorpore efetivamente os cidadãos (COHN, 1997, p.243, grifo nossos).

Segundo Lefèvre (1999, p.237) existe “(...) ao lado da dimensão técnica, uma dimensão que poderíamos, na falta de melhor palavra, chamar de dimensão ideológica da problemática de recursos humanos”. A dimensão ideológica assim como evidenciamos em nossa pesquisa anterior (FÜHR, 2013), a partir de Marx e autores que lhe foram fidedignos, veio mostrar que os sistemas filosóficos e científicos aparentemente verdadeiros e rigorosos escondiam a realidade política, econômica e social para dissimular a dominação e a exploração dos sujeitos sobre seus semelhantes:

A definição mais elementar de ideologia é provavelmente, a famosa frase de *O Capital* de Marx: “*Sie wissen das nicht, aber sie tun es*” – “*disso elas não sabem, mas o fazem*”. O próprio conceito de ideologia implica uma espécie de ingenuidade constitutiva básica: o desconhecimento de seus pressupostos, de suas condições efetivas, a distância, a divergência entre a chamada realidade social e nossa representação distorcida, nossa falsa consciência dela. (...) Nas versões mais sofisticadas das críticas da ideologia – como a desenvolvida pela Escola de Frankfurt, por exemplo –, não se trata apenas de ver as coisas (isto é a realidade social) como “realmente são”, de jogar fora os óculos distorcedores da ideologia; a questão principal é ver como a própria realidade não pode reproduzir-se sem essa chamada mistificação ideológica (ZIZEK, 1996, p.312, grifos do autor citado).

Assim quando tratamos da dimensão ideológica dos RHS ou da formação dos trabalhadores no campo da saúde, estamos falando de um “(...) sistema mais ou menos *articulado* de representações coletivas de sujeitos que produzem ou consomem saúde ou de sujeitos que experienciam doenças na nossa sociedade, na nossa cultura (LEFÈVRE, 1992, p.238, grifo nosso)”. Este sistema mais ou menos articulado de representações coletivas não se restringe a formação de trabalhadores em saúde, nosso tema de estudo na presente pesquisa, ele permeia todo o campo de discursividade da saúde, do social e de outros campos neste contexto. O campo de discursividade da saúde assim como outros é constantemente permeado pelos sucessivos movimentos ideológicos. Suas práticas discursivas estão identificadas junto a hegemonia flexneriana:

Os sucessivos movimentos ideológicos surgidos como alternativas ao modelo pedagógico flexneriano, além e não substituí-lo, permitiram a sua reatualização pela assimilação de alguns elementos inovadores de outros projetos, como a ampliação das relações com os serviços de saúde e a comunidade, desde que não alterassem a compartimentalização dos espaços de prevenção e da cura ou não restringissem a capitalização da saúde (PAIM, 1994, p.52).

Gramsci ao teorizar sobre a hegemonia igualmente estava “(...) preocupado com a elaboração de uma contra-hegemonia, com um novo poder (LUZ, 1986, p.43)”. Sendo o “(...) discurso hegemônico (...) essencialmente um discurso sistematizador, aglutinador. É enfim, um discurso de unidade: unidade de diferenças (MENDONÇA & RODRIGUES, 2008, p.29)”, como podemos pensar discursos ou práticas articulatórias que desestabilizem a sistematização aglutinadora deste discurso hegemônico? É possível contrapor discursos que sejam antagônicos ao discurso flexneriano que sistematiza e aglutina a formação de trabalhadores no campo da saúde?

Os sucessivos blocos históricos nos demonstraram que as hegemonias sistematizadas e aglutinadas através dos discursos, acabam ao longo de anos desarticulado parte de suas práticas, de seus rituais e de seus aparatos institucionais. A desarticulação de algumas das práticas discursivas e ideológicas no modelo flexneriano é evidente, mas a constituição de uma contra-hegemonia discursiva perante estas práticas rituais ainda se enreda nos meandros dos aparatos institucionais vigentes:

Enfim, parece-me que nós, integrantes do Movimento Sanitário, não temos sabido combinar a construção de uma contra-hegemonia – segundo a estratégia de uma guerra de posições, teorizada em primeira mão por Gramsci – com a consequente implementação de pequenas alterações legais ou institucionais possíveis em várias circunstâncias (CAMPOS, 1997, p.134).

Segundo Campos (1997, p.139) parece “(...) que a maioria dos dirigentes da luta pela reforma sanitária, em vários episódios, terminou enredada em um novo metodológico semelhante ao descrito pelo filósofo italiano”, onde ao tencionar práticas articulatórias que desestabilizem a desaglutinem o discurso flexneriano (a atualmente atrelado ao discurso neoliberal) acabam por incorrer em dois equívocos:

Um primeiro, de superestimar as possibilidades de reprodução do modelo neoliberal, por desconsiderarem sistematicamente as consequências negativas advindas de suas próprias contradições e de sua incapacidade de atender a boa parcela das demandas técnicas, sociais e políticas, já presentes na sociedade e, portanto, já cobrando seu tributo às autoridades e sistemas constituídos. O segundo erro estaria na subestimação da capacidade de os diversos sujeitos sociais influenciarem a estrutura de produção e as instituições existentes (CAMPOS, 1997, p.139).

Os equívocos incorridos “(...) do lado anti-hegemônico, os projetos que apostam na saúde como um bem público, patrimônio de toda a sociedade, e valor de uso inestimável, tanto individual, quanto coletivo (MERHY, 2007, p.66)” fazem com que as articulações de práticas discursivas e ideológicas contra-hegemônicas enfrentem tantas agruras na tentativa de se antagonizar perante a hegemonia flexneriana das práticas ideológicas e discursivas neoliberais existentes nas relações estabelecidas entre os aparatos institucionais existentes do campo da saúde.

Por isso as tentativas, consumistas ou ingênuas, de iconização da saúde, que constituem o modo como hegemonicamente essa saúde aparece na mídia brasileira, implicam necessariamente trabalhar no registro da doença; é a clássica saúde-como-ausência-de-doença, ou vice-versa (...) (LEFÈVRE, 1999, p.88).

Quando as práticas articulatórias de contra-hegemonia perante as práticas ideológicas hegemônicas do flexnerianismo pretendem não se enredar nos equívocos citados por Campos (1997, p.139) e outros autores; as mesmas necessitam superar uma série de centramentos discursivos. Centramentos discursivos estes que mesmo tendo sido constituídos em blocos históricos supostamente superados ainda se aventam na discursividade contemporânea do social devido como: o centramento das práticas assistenciais perante as práticas preventivas / promoativas em saúde; o centramento dos espaços hospitalares em relação a espaços sanitários não hospitalares; o centramento do profissional médico em relação aos profissionais não médicos; o centramento da iconização da saúde como mercadoria e não como direito; entre outros centramentos discursivos da hegemonia vigente efetua. Como tencionamos enunciar nos capítulos anteriores, os centramentos discursivos do campo da saúde e consequentemente da formação de trabalhadores neste campo tem raízes históricas profundas.

4.3 AS FALTAS E OS VAZIOS CONSTITUTIVOS DA FORMAÇÃO EM SAÚDE

A iconização significativa da saúde enquanto mercadoria e seu obliteramento discursivo de significação enquanto direito do cidadão e dever do Estado é evidente no Brasil conforme nos pontua Lefèvre (1999, p.88). Inclusive em nosso estudo anterior (FÜHR, 2013) evidenciamos como até mesmo as práticas discursivas dos conselheiros de um CMS (que usualmente deveriam defender a saúde como direito dos cidadãos e um dever do Estado), quando eram interpelados acabavam significando a saúde como mercadoria assim como os discursos flexnerianos hegemonomizam em suas práticas ideológicas.

Conforme Paim (2009, p.73) “(...) é possível identificar nas manifestações desses atores sociais diferentes concepções do SUS: o SUS *para pobres*; o SUS *real*; o SUS *formal*; e o SUS *democrático*”, ou seja, diferentes formações ideológicas que se antagonizam no seio das mesmas formações discursivas sobre a saúde pública brasileira. As formações ideológicas do SUS significado como sendo “para pobres”, “real”, “formal” ou “democrático” não são totalizantes, mas sim fundamentam horizontes precários das formações discursivas que articulam ou hegemonomizam determinadas práticas teóricas e práticas junto ao campo da saúde:

O SUS *para pobres* reflete uma ideia de que a saúde pública é coisa de pobre. E para quem não em nada ou muito pouco, parece que qualquer coisa serve. (...) Os defensores do SUS *real* até reconhecem o direito à saúde, como se pode observar nos discursos de muitos gestores. Entretanto, na medida em que são reféns dos ministros e secretários da área econômica dos governos e do clientelismo político que prevalece nas instituições públicas, resignam-se com a situação e terminam favorecendo o mercado do setor privado. (...) O SUS *formal* corresponde ao que está estabelecido pela Constituição Federal, constituições estaduais, leis orgânicas, decretos, portarias, resoluções, pactos e regulamentos, embora muito distante da realidade dos serviços públicos, em que prevalece o SUS *real* e o SUS *para pobres*. (...) Finalmente, o SUS *democrático* foi desenhado pelo projeto da RSB para assegurar o direito à saúde de todos os brasileiros, articulando a saúde a uma reforma social mais ampla. Capaz de influir sobre a determinação da saúde e da doença nas populações, Contudo, este é um dos possíveis históricos que luta para se afirmar (PAIM, 2009, p.73-74, grifos do autor).

Conforme Paim (2009, p.74) a “(...) explicação desses diferentes modos de ver e entender o SUS é fundamental para que possamos superar as visões mais limitadas (...)” sobre a saúde pública brasileira. Como já evidenciamos a saúde pública brasileira não é uma totalidade discursiva dada e acabada. O campo da saúde assim como outros campos é um horizonte de possibilidades em que antagônicas práticas discursivas tencionam se articular ou se encontram hegemonomizadas em determinadas formações discursivas e ideológicas. Demonstramos em nosso estudo anterior (FÜHR, 2013) que tem havido também “(...) governos que, deliberadamente, promovem a deterioração dos serviços públicos, para que seja vista como benéfica a privatização de tais serviços (DALLARI, 1998, p.55)”:

O caráter complementar do setor privado em relação à rede pública não prejudicou em nenhum sentido os interesses privados em jogo na política de saúde: atualmente, cerca de 70% dos serviços de saúde prestados pelo Estado são produzidos pelo setor privado (CORREIA, 2000, p.43).

Desse modo, temos que ter em mente que ao problematizarmos a formação dos trabalhadores no campo da saúde, de que as formações ideológicas e discursivas que se constituem hegemonizando as práticas flexnerianas não vêm encontrando dificuldade de se amalgamar em aparentes “discursos de defesa da saúde pública”. Na verdade a saúde pública e os aparatos institucionais do Estado Brasileiro sempre foram necessários para a manutenção e o financiamento dos aparatos institucionais sanitários do setor privado. Não haveria de ser diferente no que condiz aos aparatos institucionais universitários incumbidos de formarem os trabalhadores no campo da saúde. As formações ideológicas e discursivas que apresentamos no capítulo anterior tem uma intencionalidade de orientação discursiva bem definida:

A graduação na área da saúde não tem tido uma orientação integradora entre ensino-trabalho e cidadania, voltada para uma formação teórico –conceitual e metodológica que potencialize competências para a integralidade, onde se incluem o enfrentamento das necessidades de saúde da população e o desenvolvimento do sistema de saúde (CECCIM; MATTOS; PINHEIRO; 2005, p.23).

Como então podemos conceber práticas articulatórias da formação de trabalhadores no campo da saúde tendo em vista que a hegemonia flexneriana em suas formações ideológicas e discursivas são tão amalgamadas junto às discursividades destes contextos? Tendo em vista que na Teoria do Discurso “(...) a ideia de hegemonia existe justamente em contraposição à ideia de *falta constitutiva*, presente na teoria laclauiana (MENDONÇA & RODRIGUES, 2008, p.30, grifo do autor citado)” é que podemos tencionar problematizar a possibilidade de práticas discursivas e ideológicas estando elas articuladas ou ainda incipientes como contra-hegemonia. A concepção de *faltas* ou *vazios constitutivos*, que a teoria laclauiana vai alocar junto às discursividades dos campos sanitários, sociais ou de outros campos possíveis; advém conforme já pontuamos, de contribuições da psicanálise lacaniana, onde “(...) o significante pelo qual se conota o que falta na própria *articulação* significante (LACAN, 2008, p.83, grifo nossos)” é o que tenta suturar as totalidades nunca plenas de sentido:

Se o significante, portanto, é um vazio, é por atestar uma presença passada. Inversamente, no que é significante, no significante plenamente desenvolvido que é a fala, há sempre uma passagem, isto é, algo que fica além de cada um dos elementos que são articulados, e que por natureza são fugazes, evanescentes. E essa passagem de um para o outro que constitui o essencial do que chamamos cadeia significante (LACAN, 1995, p.355).

Desse modo a hegemonia flexneriana tenta articular ela mesma práticas discursivas ideológicas que visam através de diferentes cadeias significantes suturar os vazios e as faltas constitutivas de suas formações ideológicas e discursivas. Como nem todos os sujeitos em formação junto ao campo da saúde se bastam com as interpelações propostas pela hegemonia flexneriana, requisitando com isso outras possibilidades articulatórias de práticas discursivas em sua formação, os próprios aparatos institucionais sanitários tencionam propor outras formações ideológicas que mesmo inovadoras continuam em estreita relação com as práticas ideológicas hegemônicas:

Devemos ainda ressaltar a questão dos profissionais e trabalhadores da saúde no SUS. Realizamos um grande esforço para qualificar os chamados recursos humanos nessas duas décadas, inclusive com iniciativas inovadoras, tais como: *Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área da Enfermagem (PROFAE)*; reforma curriculares, apoiadas em 500 instituições, via Pró-Saúde 1 (Medicina, Enfermagem, Odontologia) e Pró-Saúde 2 (todas as profissões da saúde); *Programa de Educação Tutorial em Saúde*, que apoia mais de 5 mil docentes, profissionais da saúde da família e estudantes; 52 mil especializações em saúde da família e 110 mil em gestão; telessaúde com apoio às ESF (PAIM, 2009, p.130, grifos do autor citado).

Ao “(...) assumir uma perspectiva estritamente positivista, biologicista e mecanicista, o saber clínico impõe uma camisa-de-força à abordagem do seu objeto de trabalho, excluindo as dimensões do social e do subjetivo (...) (CAMPOS, 1997, p.183)” que se antagonizam com as programas e projetos políticos brasileiros que visam qualificar os RHC nas duas últimas décadas e meia de existência do SUS. O antagonismo das formações ideológicas e discursivas hegemônicas perante as práticas articulatórias que se aventam junto ao campo de possibilidades da saúde, segundo vários autores, acaba reforçando a práticas discursivas flexnerianas de centramento dos profissionais médicos, dos espaços hospitalares, das modalidades assistenciais e da iconização mercantil da saúde como um todo:

Talvez não seja equivocado afirmar que a formação dos profissionais de saúde reforça exatamente a postura aqui criticada. Sob o pretexto da busca da maior objetividade possível, é recomendada uma série de técnicas para a abordagem dos casos, visando, todas, à neutralização das interferências do social e da subjetividade de cada paciente no curso do tratamento e, até mesmo, na organização dos serviços de saúde (CAMPOS, 1997, p.182).

Tratando especificamente da formação dos trabalhadores no campo da saúde, teremos vasta bibliografia discursando ideologicamente sobre a constituição de relações hegemônicas constituídas entre os aparatos institucionais universitários e os aparatos institucionais sanitários como se essa articulação fosse exclusiva do eixo ensino-serviço:

Assim, o espaço de atuação que se delineia para os projetos de reforma na preparação de RHS tende a limitar-se nas tentativas de articulação ensino-serviço, tendo os pobres como objeto (e não para o conjunto dos cidadãos como defendia a Reforma Sanitária), e na resistência contra o sucateamento das universidades e serviços de saúde públicos. Movimento de reforma curricular, enquanto vias e conscientização e organização das forças institucionais comprometidas com a democratização da saúde e com a melhoria da qualificação do profissional médico, podem representar esforços positivos, ainda que restritos (PAIM, 1994, p.53).

Conforme evidenciamos antes, o eixo althusseriano consciência-conhecimento-ciência em oposição ao eixo foucaultiano prática discursiva-saber-conhecimento, denota outras contribuições subjetivas e objetivas que se encontram em relação quando analisamos os aparatos institucionais e os sujeitos interpelados discursivamente. Alguns sanitaristas percebendo estas complexidades de forma direta ou indireta defendem que o eixo ensino-serviço não dá conta de desenvolver a complexidade com que a formação de trabalhadores no campo da saúde requer. Para eles a “(...) compreensão de uma integração ensino-trabalho-cidadania retoma e instaura o conceito de *quadrilátero do ensino da saúde*: formação, atenção, gestão e participação (CECCIM; MATTOS; PINHEIRO; 2005, p. 24, grifos do autor citado)”. Evidente que o eixo *quadrilátero* (formação-atenção-gestão-participação) proposto recentemente por estes sanitaristas imbuídos no paradigma do cuidado em saúde, não abrange a totalidade de possibilidades com que a formação de trabalhadores em saúde se constitui. Na verdade a proposição do quadrilátero se constitui num significante suturante das constantes requisições articulatórias com que a sociedade civil vem pleiteando junto à política brasileira, como demonstramos na tabela das requisições de RHS ocorridas nas CNS’s até então:

No que se refere à solução apresentada, as prioridades e estratégias tangenciam os problemas levantados. Recomendações do tipo “*articulações ativas*” entre órgãos de recursos humanos e instituições de ensino, busca de interesse comum para um “novo pacto”, repensar propostas pedagógicas, introdução de novos conhecimentos, normatizar estágios curriculares, entre outros, podem ser boas intenções, mas não decisões (PAIM, 1994, p.15, grifos nossos).

Para os sanitaristas que defendem o eixo quadrilátero formação (aparatos institucionais universitários) – atenção (aparatos institucionais sanitários) – gestão (aparatos institucionais estatais) – participação (aparatos institucionais da sociedade civil organizada) o “(...) cuidado se torna expressão concreta da *articulação* entre saberes e práticas, nos quais emergem os velhos e novos conflitos que dizem respeito ao poder (CECCIM; MATTOS; PINHEIRO; 2005, p.24, grifo nosso)”. Para eles o “(...) modelo hegemônico de assistência em saúde - a biomedicina – criticado por todos os estudiosos da educação de profissionais de saúde (...) opera em eixo inverso ao das práticas cuidadoras (CECCIM; MATTOS; PINHEIRO; 2005, p.26)” e o arcabouço articulatório de teorias aventados por eles discursivamente.

Pensar o tema recursos humanos em saúde (RHS) no estágio atual de desenvolvimento da organização social dos serviços de saúde no Brasil exige não apenas o refinamento das ferramentas conceituais, teóricas e metodológicas para a apreensão dessa dimensão da realidade, mas sobretudo, a capacidade de análise para identificar, além de problemas, oportunidades e a criatividade estratégica para construir saídas políticas numa arena constituída por constelação de obstáculos (PAIM, 1994, p.01).

Para estes sanitaristas envolvidos no paradigma do cuidado em saúde, as práticas discursivas que desenvolvam “(...) habilidades do cuidar na saúde tem sido cada vez mais uma exigência do SUS (CECCIM; MATTOS; PINHEIRO; 2006, p.14)” sendo antagônicas ao “(...) modelo hegemônico do ensino em saúde que passou a ser objeto de reflexão crítica, tanto pela baixa capacidade de preparar as novas gerações profissionais (...), como pelo baixo impacto do exercício profissional na alteração dos indicadores de saúde (CECCIM; MATTOS; PINHEIRO; 2005, p.20-21)”:

A mudança das práticas de não-integralidade não se dará por reconfiguração do conteúdo-curricular simplesmente metodológica ou pela introdução pontual de fatores de exposição à aprendizagem ainda que os desenhos curriculares hegemônicos, organizados segundo o paradigma biologicista, sejam indiscutivelmente obstaculizadores de outros pensamentos clínico e de perfis SUS-*implicados* (CECCIM; MATTOS; PINHEIRO; 2005, p.24).

Estes sanitaristas vêm propondo o tencionar de práticas articulatórias onde a “(...) construção do conhecimento, mediante interação, prática social e amplo contato com as realidades (CECCIM; MATTOS; PINHEIRO; 2005, p. 29-30)” extrapolem o eixo ensino-serviço, aprofundando através do quadrilátero eixo formação – atenção – gestão – participação enquanto proposta política pedagógica.

4.4 AS PRÁTICAS ARTICULATÓRIAS DO VER-SUS NA FORMAÇÃO EM SAÚDE

Uma das articulações que vem tencionando problematizar a relação hegemônica da formação discursiva flexneriana surgiu dentro do próprio Movimento Estudantil - ME e hoje articula diferentes aparatos institucionais propondo uma diferente perspectiva da formação de trabalhadores no campo da saúde brasileira. A denominada articulação da qual mencionamos leva o nome de VER-SUS e conta hoje com a inserção de: agentes de diferentes instâncias dos aparatos institucionais estatais, universitários, sociais e afins em sua articulação organizativa:

A iniciativa dos estágios de vivência deu-se no final da década de 80, quando estudantes de agronomia realizaram as primeiras experiências junto a assentamentos rurais A Federação dos Estudantes de Agronomia no Brasil (FEAB) e a Executiva Nacional dos Estudantes de Veterinária (ENEV) utilizaram esta metodologia no debate das questões agrárias e a partir destas experiências ocorreu a inserção dos estudantes da saúde (...). Surge, neste contexto, a metodologia dos estágios de vivência buscando aproximar o estudante universitário da realidade econômica, social, política e cultural do campo (FERLA et al., 2013, p.8).

Diferente da “(...) teorização hoje dominante dos programas de extensão (SANTOS, 2008, p.205)”, os estágios de vivência seriam então o desenvolvimento de uma proposta de metodologia ativa concebida pelo ME para possibilitar aos estudantes em geral uma aproximação com a realidade econômica, social, política e cultural do contexto rural, mas que depois foi realocada para outros contextos como o campo da saúde e outros nos quais a formação universitária em suas práticas ideológicas e discursivas não se contextualizava.

No campo da saúde a experiência que vem se consolidando na mesma perspectiva dos estágios de vivência que se iniciaram na década de 80 com os estudantes da Agronomia foi o VER-SUS. O VER-SUS vem ocorrendo com este nome desde 2002 e tentando inscrever novas articulações entre o ME e os aparatos institucionais brasileiros no que se refere à formação de trabalhadores no campo da saúde. O VER-SUS conta atualmente com diversos aparatos sociais que se envolvem em sua realização: o ME, as diferentes instâncias governamentais (municípios, estados, nação brasileira), a Organização Pan-Americana da Saúde - OPAS, a Associação Rede Unida, aparatos institucionais universitários, entre outros.

A OPAS geralmente “não” cria no nível científico e técnico, mas difunde sobretudo “ideias” ou procedimentos que melhorem o potencial físico e mental do ser humano. Por conseguinte, os recursos que tem e utiliza são aqueles que permitirão difundir ou adaptar “ideias” ou artefatos já existentes. Os instrumentos mais frequentes são bolsas, reuniões, assessorias, algum material de apoio, subsídios (pequenos). O “arranjo” ou combinação dos recursos ou mecanismo “poderão” levar à adaptação ou à difusão. Neste caso, poderíamos estar falando de uma “teoria” (certas determinações) e de uma metodologia. Na “aparência”, a OPAS não tem, de forma explícita, uma teoria da difusão que torne mais efetivo seu trabalho. Trabalha, então, sobre instituições? Não necessariamente... (GÁRCIA, 1989, p.158).

A metodologia dos estágios e vivências iniciados junto ao ME dos cursos de Agronomia e Veterinária não ficou restrito aos estudantes destas áreas. Assim como acontece hoje com o VER-SUS, que não se restringe aos estudantes do campo da saúde. Alguns estágios e vivências proporcionados pela Federação dos Estudantes de Agronomia no Brasil – FEAB e pela Executiva Nacional dos Estudantes de Veterinária – ENEV contaram com a participação de estudantes que compunham a então Direção Executiva Nacional de Estudantes de Medicina – DENEM:

Dos estágios de vivência da agronomia, organizados pela FEAB, participaram, também estudantes dos mais variados cursos, inclusive estudantes de medicina da Direção Executiva Nacional de Estudantes de Medicina (DENEM). Com base na metodologia dos estágios de vivência, estes estudantes propuseram, na última década, os estágios de vivência no Sistema Único de Saúde (SUS) em diversos municípios brasileiros (FERLA et al., 2013, p.9).

Conforme o Caderno de Textos do VER-SUS de 2013, a crítica que o ME propunha então à formação tradicional em saúde proporcionou a insurgência de formas metodológicas que visassem aproximar-se do “*locus* de atuação profissional, como forma de se aproximar do usuário deste sistema” que a saúde pública brasileira estruturava através do SUS. Essa metodologia dos estágios e vivências começaram então a ser utilizadas pelo ME no campo da saúde. Inclusive apropriadas por alguns aparatos institucionais universitários em suas realidades sanitárias contextuais e acadêmicas.

Articular conceitos, percepções e sensações para produzir saberes sobre as práticas de ensino orientadas pela integralidade requer assumir a postura crítica e criativa de reconhecer possibilidades e colocar-se um desafio de “abertura de possíveis”. Esta resulta dos encontros que estabelecemos entre o conhecido e o desconhecido, permissão à *experimentação* e não à sobredeterminação do desconhecido pelo conhecido (CECCIM; MATTOS; PINHEIRO; 2005, p.13).

Com as mudanças administrativas junto ao Governo Federal Brasileiro em 2003, através da eleição de Luís Inácio Lula da Silva, ocorreram consequentes alterações junto aos aparatos estatais ministeriais e infraministeriais. Mudanças que além de alterarem a classe dirigente nas funções administrativas dos aparatos institucionais estatais, também incorporaram alterações nas políticas desenvolvidas até então. Junto ao MS surgiram algumas iniciativas no que condiz a formação de recursos humanos no campo da saúde pública. Assim além do Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde - PRO-Saúde, e do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde - PET-Saúde, outras propostas menores como as metodologias de vivências e estágios junto às realidades sanitárias, tais como o VER-SUS, foram incorporadas enquanto projeto político dos aparatos estatais brasileiros:

O projeto VER-SUS/RS – Vivência-Estágio na Realidade do Sistema Único de Saúde do Rio Grande do Sul foi uma proposta da ESP/RS que se caracterizou pela ampliação do seu projeto antecessor, o projeto Escola de Verão. A partir do VER-SUS/RS, a ESP/RS, em parceria com os estudantes universitários da saúde organizados no Núcleo Estudantil de Trabalhos em Saúde Coletiva (NETESC), pretendeu difundir a oferta sistemática desta vivência-estágio aos estudantes dos diferentes cursos de graduação do setor da saúde (BRASIL, 2004b, p.7).

Foram experienciadas várias propostas estatais similares anteriores ao que se configurou depois como sendo o VER-SUS/Brasil, tais como a Escola de Verão e o VER-SUS/RS que aconteceram através da Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul ESP/RS. A proposta metodológica das vivências adquiriu uma importância tamanha para ser incorporada junto ao Governo Federal. Mas esta incorporação foi paliativa, já que não se tornou programa político, mas sim como simples projeto político junto à formação e ordenação de recursos humanos para a com saúde pública brasileira:

Em 2003 os estágios de vivência no SUS foram incorporados como projeto político do governo federal, o Projeto Vivências e Estágios na Realidade do Sistema Único de Saúde no Brasil (VER-SUS/ Brasil), desenvolvido pelo Departamento de Gestão da Educação na Saúde, da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, do Ministério da Saúde em parceria com as representações estudantis de 14 cursos da saúde (FERLA et al., 2013, p.9).

Conforme a tabela abaixo podemos perceber apesar das significações vocabulares e sociológicas denotarem uma importância muito maior ao significativo projeto do que ao significativo programa, em termos da política institucional vigente (levando em consideração com isso a CF, legislações e normatizações posteriores) a única menção de programas e projetos políticos em iguais condições é no artigo 192 de nossa CF. De modo geral as políticas sociais e econômicas institucionalizadas junto aos aparatos estatais se estruturam sob a designação dos distintos programas políticos existentes. A concepção de projeto político seja por sua significação abrangente (com relação a projeto político ideológico programático de partidos políticos e demais organizações sociais) ou limitada (projeto de lei ou similar) não é a designação frequentemente adotada para a designação das políticas sociais e econômicas desenvolvidas pelos aparatos institucionais estatais.

Ilustração 10: Tabela com as significações significantes de projeto e programa social

Campos Discursivos	Projeto	Programa
Significação Vocabular	1. Plano, intento. 2. Empreendimento. 3. Redação preliminar de lei, de relatório, etc. 4. Plano geral de edificação.	1. Impresso que contém os pormenores dum espetáculo, festa, etc. 2. Indicação geral das matérias para estudar num curso. 3. Conjunto de princípios ou relação de objetivos de indivíduo, partido político, etc. 4. Lista detalhada de compromissos por atender, de projetos ou planos a executar, em ordem preferencial.
Significação Sociológica	O projeto é um elemento da práxis (e de toda atividade). É uma práxis determinada, considerada em suas ligações com o real, na definição concretizada de seus objetivos, na especificação de suas mediações. É a intenção de uma transformação do real, guiada por uma representação do sentido desta transformação, levando em consideração as condições reais e animando uma atividade (CASTORIADIS, 1982, p.97, grifo nosso).	Quando se trata de política, a representação da transformação visada, a definição dos objetivos, pode assumir – e deve necessariamente assumir, sob certas condições – a forma do programa . O programa é uma concretização provisória dos objetivos do projeto quanto a pontos considerados essenciais nas circunstâncias dadas, na medida em que sua realização provocaria ou facilitaria, por sua própria dinâmica a realização do conjunto. Os programas passam, o projeto permanece (CASTORIADIS, 1982, p.97, grifo nosso).
Significação na Política Institucional	Os recursos financeiros relativos a programas e projetos de caráter regional, de responsabilidade da União, serão depositados em suas instituições regionais de crédito e por elas aplicados (CF, art. 192º, grifos nossos)	Os recursos financeiros relativos a programas e projetos de caráter regional, de responsabilidade da União, serão depositados em suas instituições regionais de crédito e por elas aplicados (CF, art. 192º, grifos nossos). Fonte: Elaboração própria com referências.

Desse modo, foram articulados programas preferenciais enquanto políticas sociais e econômicas a serem desenvolvidos pelos aparatos estatais e sanitários no que diz respeito à formação de trabalhadores no campo da saúde brasileira. Um deles foi lançado por meio da Portaria Interministerial MS/MEC nº. 2.101, de 03 de novembro de 2005, e foi designado como Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde - PRÓ-SAÚDE contemplando inicialmente os cursos de graduação das profissões que integram a Estratégia de Saúde da Família: Enfermagem, Medicina e Odontologia. Com a publicação da Portaria Interministerial MS/MEC ° 3.019, de 27 de novembro de 2007, o programa foi ampliado para os demais cursos de graduação da área da Saúde, além dos cursos contemplados na primeira fase vieram a ser contemplados também as demais catorze profissões consideradas como sendo integrantes da área da saúde: Biologia, Biomedicina, Educação Física, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Medicina, Medicina Veterinária, Nutrição, Odontologia, Psicologia, Terapia Ocupacional e Serviço Social.

Outro programa articulado com a formação de trabalhadores no campo da saúde que veio a ser estruturado tendo como base o Pró-Saúde foi o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde – PET-SAÚDE que foi lançado através da Portaria Interministerial MS/MEC nº. 1802, de 26 de agosto de 2007. Tanto o PRÓ-SAÚDE como PET-SAÚDE são os programas estratégicos com que a SGTES vêm objetivando implementar as obrigações legais implícitas no art. nº. 200 § III da CF e em outros vários artigos da Lei Nacional nº. 8080/1990 que institui a saúde pública brasileira. Cabe lembrar que durante toda a primeira década de existência do SUS e anos posteriores não existiam programas ou projetos políticos estratégicos específicos no contexto da formação de trabalhadores junto ao campo da saúde como o PRÓ-SAÚDE e o PET-SAÚDE objetivam ser.

Como talvez dissesse Arouca (2003, p.186) não (...) é no plano do conhecimento que a integração opera, mas, sim, no plano estratégico, em que integrar é colocar o mesmo discurso em uma multiplicidade de pontos, e, em última análise obter o consenso que é o fundamento da mudança almejada (AROUCA, 2003, p.186) na formação dos trabalhadores em saúde que juntamente aos programas PRÓ-SAÚDE e PET-SAÚDE o VER-SUS surge.

O VER-SUS como a sigla explícita são vivências e estágios com imersão (leia-se dedicação e disponibilidade quase total) dos estudantes de graduação e pós-graduação que aceitem permanecer de 10 (dez) à 15 (quinze) dias conhecendo e debatendo sobre as realidades municipais e / ou distritais (divisão política infra municipal de capitais onde também se territorializa a proposta) de saúde que visitam e conhecem:

Com a finalidade de aproximar os estudantes das diversas realidades sociais o movimento estudantil propôs os estágios de vivência, como alternativa de prática da formação que utiliza a metodologia problematizadora. Os estágios se caracterizam por permitir espaços de encontros entre estudantes e determinadas realidades, de modo que os mesmos possam refletir sobre as ações sociais ali desencadeadas com base nas realidades vividas. Apresentam característica de imersão, na qual determinado grupo de estudantes convive por um período de tempo (aproximadamente 15 dias) em um mesmo espaço físico, com a expectativa de que a cotidianidade imprima uma marca fundamental à vivência. Este processo utiliza metodologias ativas de ensino-aprendizagem, facilitadas por um estudante qualificado previamente por experiência de estágio de vivência ou por envolvimento nas causas sociais do movimento estudantil (FERLA et al., 2013, p.7).

As realidades municipais e / ou distritais de saúde são conhecidas em suas diversas configurações de atendimentos públicos e / ou privados de saúde - Unidades Básicas de Saúde – UBS's, Estratégias de Saúde da Família – ESF's, Unidades de Ponto-Atendimento – UPA's, Centros de Atenção Psicossocial – CAPS's, hospitais, entre outros - assim também como outros locais que possuam alguma interface com um conceito ampliado de saúde - reservas indígenas, quilombos, museus, escolas, entre outros espaços abertos, públicos e / ou estatais - nas suas relações com os movimentos sociais:

A participação popular tem potencial para gerar empoderamento dos diversos atores e para promover a sua organização nas mais variadas formas de movimentos sociais. O processo de Reforma Sanitária Brasileira é um exemplo de participação intersetorial de diversos atores sociais, inclusive de estudantes, que no interior de seus processos organizativos têm atuado de forma sistemática no avanço das reformas em saúde. O meio acadêmico conta com a participação de estudantes da área da saúde organizados a partir de Diretórios Acadêmicos (DA's) e Centros Acadêmicos (CA's) representados nacionalmente por Executivas e Direções de curso. Para além do movimento estudantil de área, também ocorrem as organizações gerais de estudantes compreendidas nos Diretórios Centrais de Estudantes (DCE's), nas universidades; nas Uniões Estaduais de Estudantes (UEE's); e na União Nacional de Estudantes (UNE) (FERLA et al., 2013, p.6).

Por envolver aparatos institucionais estatais nos municípios, os sujeitos que organizam a proposta (sujeitos oriundos do próprio ME e que em sua grande maioria estão organizados em coletivos de estudantes) dialogam inicialmente com os gestores municipais de saúde (secretários municipais de saúde, prefeitos e demais servidores públicos municipais implicados) para serem formulados cronogramas plurais e pactuados que contemplem diferentes perspectivas sócio sanitárias das realidades que serão visitadas pelos estudantes que se inscrevem e participam da proposta. Para tanto se tornam necessárias a integração entre diferentes aparatos institucionais estatais e sociais organizados para que sejam articulados os referidos cronogramas com o objetivo de que as experiências do VER-SUS ocorram nos espaços sanitários e de organização social mais plurais e pactuados possíveis:

Assim, a proposta do Ministério da Saúde, em parceria com a Rede Unida, a Rede Governo Colaborativo em Saúde / UFRGS, a Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), a União Nacional dos Estudantes (UNE), o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS), e o apoio da Organização PanAmericana da Saúde (OPAS), visa realizar estágios de vivência para que estudantes universitários/as tenham a oportunidade de vivenciar a realidade do SUS e, assim, qualificar-se para a atuação no sistema de saúde (FERLA et al., 2013, p.4-5).

O VER-SUS então conforme seus próprios manuais e formuladores se trata de um projeto político desenvolvido por inúmeros aparatos institucionais estatais e sociais com ampla desenvoltura dos sujeitos advindos do ME; e não como programa político sistematizado através de legislações e normatizações burocráticas tais como são o PRÓ-SAÚDE e o PET-SAÚDE. Entretanto, para além desta definição funcionalista, o VER-SUS apresenta inúmeras situações em que as relações e sociabilidades dos sujeitos representantes de cada uma destas esferas citadas a pouco estão em diferentes perspectivas de ação teórica e prática.

As distintas significações como que a formação em saúde é significada pelos diferentes sujeitos posicionados junto aos aparatos institucionais estatais, universitários e sociais presentes na realização VER-SUS é o mote de nossa pesquisa. De 2003 (quando o VER-SUS foi incorporado como projeto político ao Governo Federal) até os dias de hoje, as vivências sofreram algumas modificações nas articulações estabelecidas ideologicamente entre os aparatos estatais e o conjunto de representações dos aparatos institucionais sociais e universitários que se fizeram representar de forma direta ou indireta na formulação de ações na formação e ordenação de recursos humanos junto ao campo da saúde:

Como parte da aposta na aproximação do estudante aos desafios inerentes à implantação do SUS nasce a estratégia nacional de *Vivências e Estágios na Realidade do Sistema Único de Saúde do Brasil: VER-SUS/Brasil*, enquanto agenda de compromissos com o movimento estudantil nacional da área da saúde, visando realizar um trabalho articulado entre as diferentes instâncias do SUS e as instituições de ensino (BRASIL, 2004a, p.14, grifos do autor citado).

A articulação inicial do VER-SUS/Brasil congregou as Executivas Nacionais dos 14 cursos que conforme a Resolução 287/98 do Conselho Nacional de Saúde eram e são definidas como sendo as profissões atinentes do campo da saúde: Biologia, Biomedicina, Educação Física, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Medicina, Medicina Veterinária, Nutrição, Odontologia, Psicologia, Terapia Ocupacional e Serviço Social; que conjuntamente com a SGTES, e nesta o Departamento de Gestão da Educação na Saúde - DEGES formularam o que veio a ser considerado o Projeto Piloto do VER-SUS:

Para a efetivação da proposta do VER-SUS/Brasil realizou-se inicialmente um Projeto-Piloto envolvendo estudantes considerados orgânicos do Movimento Estudantil, com o objetivo de que o Piloto servisse como atividade de capacitação para os facilitadores e se constituísse como um laboratório do Projeto VER-SUS/Brasil. Para tanto, construiu-se parceria com os Municípios colaboradores de Educação Permanente em Saúde, ao todo 10 cidades em todo o país, para acolher a proposta do Projeto-Piloto VER-SUS/Brasil construindo em conjunto com o Ministério da Saúde e o Movimento Estudantil da Saúde os projetos locais, realizados entre os meses de janeiro e fevereiro de 2004 (FERLA et al., 2013, p. 24-25).

O Projeto-Piloto foi pensado como um laboratório para que aqueles estudantes que já eram implicados com o ME e que faziam parte das Executivas Nacionais dos Cursos do campo da Saúde e que se articularam com a SGTES e a DEGES no Ministério da Saúde repensassem as metodologias de suas formações acadêmicas em saúde. A proposta era de que estes estudantes após a conclusão de suas experiências junto ao Projeto-Piloto viessem a ser os sujeitos “facilitadores” veteranos de outros sujeitos “viventes” calouros nas futuras vivências de realidade que viessem a ser articuladas.

Como experiências locais relevantes e sintonizadas com essa experiência, podemos citar a realização do Estágio Interdisciplinar de Vivência na Rede de Saúde Mental (RS) realizado anualmente na cidade de São Lourenço do Sul; o Estágio de Vivência em Comunidades Rurais organizado com frequência na Paraíba junto com os movimentos sociais e o movimento de educação popular em saúde; o Estágio de Vivência da Medicina em Vitória da Conquista que é organizado anualmente para a recepção dos calouros de medicina da UFBA; os Estágios de Vivência no SUS/Bahia que ocorrem desde 2009, sendo que hoje já se realiza a 6ª. edição; o VER-SUS/Rio de Janeiro realizado em janeiro de 2011 com parceria do projeto OTICS; os estágios de vivência tradicionalmente organizados pela UNISC no Rio Grande do Sul como atividade de extensão universitária; e a experiência do VER-SUS organizado pelo Grupo Hospitalar Conceição para seus residentes conhecerem melhor o SUS (FERLA et al., 2013, p.3).

Logo em seguida realmente aconteceram mais duas edições do projeto VER-SUS/Brasil. A primeira edição do VER-SUS/Brasil foi realizada nos meses de julho a outubro de 2005, abrangendo 1067 estudantes e contando com a participação de 51 municípios e 19 estados do país. A segunda edição do VER-SUS/Brasil aconteceu entre os meses de julho a setembro de 2005, abrangendo 251 estudantes e contando com a participação de 10 municípios em 6 estados brasileiros. Com a mudança que ocorreu na gestão da SGTES no MS “não houve continuidade do projeto em nível nacional, no entanto, muitas experiências locais continuaram sendo organizadas” conforme nos informa o Caderno de Textos do VER-SUS 2013. A publicação em questão chega inclusive a explicitar que o VER-SUS impregnou uma *identidade* e que mesmo sem o aporte do Governo Federal, as vivências continuaram a ocorrer como ocorriam antes do Projeto VER-SUS/Brasil, através do próprio ME ou do aporte de alguns aparatos institucionais universitários implicados com a experiência em questão:

Portanto, a realização dos estágios de vivência não é novidade no campo da saúde; sua história é antiga e já contou com inúmeras experiências. Aqui chamados de VER-SUS, os estágios de vivência já têm nessa marca uma *identidade* construída a partir da realização do VER-SUS/RS em 2002, do VER-SUS/Brasil em 2004 e 2005, do VER-SUS/Rio de Janeiro em 2010 e do VER-SUS/GHC (Grupo Hospitalar Conceição) também em 2010. Após esse período, inúmeras iniciativas locais e regionais continuaram sendo desenvolvidas, mas somente agora o projeto é retomado pelo Ministério da Saúde para ser realizado em grande escala pelo país (FERLA et al., 2013, p.3, grifo nosso).

Percebemos aqui nesta citação como o conceito de *identidade* empregado se refere tanto a um grupo de sujeitos identificados com o projeto político como em relação ao próprio projeto político. O conceito de identidade visa aqui preencher discursivamente um vazio ou falta constitutiva da formação dos trabalhadores em saúde tal como Laclau nos postula:

O vazio original na identidade do representado, que exigia ser preenchido por um suplemento por meio do processo de representação, abre um movimento de indecidibilidade, constitutivo e irredutível, em duas direções. Existe uma opacidade, uma impureza essencial, no processo de representação, que é ao mesmo sua condição de possibilidade e de impossibilidade (LACLAU, 2011, p.148).

Nesse sentido percebemos como que a categoria de antagonismo foi importante para que a concepção do referido projeto político VER-SUS tivessem continuidade na dicotomia que se constitui entre o ME e os aparatos institucionais estatais. Somente quando os aparatos institucionais estatais e sanitários não deram mais seguimento as práticas articulatórias requisitadas pelo ME, no que condiz a formação dos trabalhadores em saúde, é que os sujeitos implicados com os tencionamentos da *identificação política* do VER-SUS, e suas cadeias significantes de sujeitos calouros “viventes” e sujeitos veteranos “facilitadores” foram constituir práticas discursivas que fomentaram o projeto político apesar de não terem mais aporte do Estado.

Conforme Mendonça (2012, p.223) explicita, o “(...) o antagonismo deve ser visto como a condição de possibilidade discursiva (...)” e “(...) como parte de um processo discursivo, ou seja, um processo de significação (...)” onde os sujeitos se implicam ou não com a prática articulatória. No caso do VER-SUS, apesar de sua pequena inserção junto ao amplo contexto brasileiro da formação dos trabalhadores em saúde, implicou de tal modo junto às práticas dos sujeitos que participaram de suas ocorrências iniciais, que motivou os mesmos a desenvolverem futuramente práticas articulatórias muito similares ao que se significou como sendo a identidade VER-SUS, por parte inclusive daqueles que discursaram sobre o referido projeto político. Os sujeitos que se identificaram com a designação significante do VER-SUS e suas cadeias de vivência e facilitação enquanto sujeitos viventes e facilitadores tentaram suprir este vazio existente com várias propostas semelhantes

O Governo Federal percebendo o vazio existente retoma a iniciativa do Projeto VER-SUS/Brasil em 2011, ainda como projeto político estratégico e não como programa. Além disso, diferente do que acontecia em 2003, quando os aparatos estatais da SGTES/DEGES/MS se articulavam com as Executivas Nacionais dos Cursos do campo da saúde e com a UNE; na configuração do VER-SUS articulada a partir de 2011 outros intermediários se somaram a relação estabelecida entre o ME e os aparatos institucionais do Estado: a Fundação Oswaldo Cruz - FIOCRUZ, o aparato institucional social da Associação Brasileira Rede Unida e o aporte financeiro e avaliativo do aparato internacional da OPAS:

Desde meados de 2011 está sendo organizado o novo Projeto VER-SUS/Brasil com a rede parceiros do Ministério da Saúde, No período de janeiro/fevereiro de 2012 ocorreu a 1ª edição do projeto como uma experiência piloto que mobilizou mais de 4300 estudantes, 9 estados e 70 municípios. De fato participaram dessa experiência 915 estudantes nas diferentes experiências. Na 2ª edição de julho e agosto de 2012, participaram efetivamente 1640 estudantes de 11 estados e 114 municípios (FERLA et al., 2013, p.4).

Em outras palavras, ao invés de continuar com a metodologia de reunir as Executivas Nacionais dos Cursos integrantes do campo da saúde para juntos com a SGTES/DEGES/MS pensarem como se estruturaria as próximas vivências; a articulação agora se realiza entre a Rede Unida (ver histórico desta associação na Ilustração 11 a seguir) e aparatos estatais sanitários (que reúnem agentes de diferentes instâncias governamentais dos municípios, estados e nação) para que conjuntamente com *coletivos estudantis* possam organizar o VER-SUS/Brasil. Coletivos estudantis estes que não necessariamente estavam ou são articulados junto ao ME antes destes virem a participar da proposta do VER-SUS/Brasil.

Na Brasil todo (conforme informações da vivência observada) existe aproximadamente noventa coletivos estudantis que se organizam em torno do referido projeto político ou para além dele. Muitos destes coletivos estudantis nasceram ou foram retomados juntamente com a rearticulação do Projeto VER-SUS/Brasil em 2011. A lógica clássica dos movimentos sociais, no caso o ME, se antagonizando com os aparatos institucionais estatais se desfez no caso do VER-SUS. Na retomada do VER-SUS foram os aparatos institucionais estatais, que percebendo o vazio existente da metodologia iniciada em 2003, que irão consoantes ao ME, e demais movimentos sociais sanitários em bem menor medida, retomar o denominado projeto político de tencionamento das práticas de formação profissional em saúde. Percebamos que quem designa o VER-SUS enquanto projeto político não são os sujeitos implicados com a metodologia e que se antagonizam à formação hegemônica desenvolvida pelos aparatos institucionais universitários, mas os próprios aparatos estatais.

Ilustração 11: Histórico da Associação Brasileira Rede Unida

Ano	Ocorrência Histórica
1986	Em abril de 1986, a cidade de Ouro Preto, em Minas Gerais, sediou o Encontro Nacional da Rede de Projetos de Integração Docente Assistencial (IDA/Brasil). Articulado ao movimento da 8ª Conferência Nacional de Saúde, o Encontro discutiu os grandes marcos políticos que se transformaram em princípios e diretrizes do sistema.
1989	A ampliação da integração entre os projetos IDA e novas formas de inserção desses projetos ao Sistema Único de saúde foi o tema do 1º Congresso da Rede IDA/Brasil, realizado no Rio de Janeiro.
1992	A Rede IDA/Brasil ocupou posição de destaque ao produzir o documento “Contribuição das Universidades Públicas do Rio de Janeiro”, distribuído na 9ª Conferência Nacional de Saúde, em Brasília. O documento produzido pela Rede foi publicado na Revista do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES), e destacou a formação das futuras gerações de profissionais da área de saúde.
1993	Em 1993 a cidade de São Paulo recebeu o 2º Congresso Nacional da Rede IDA/Brasil, onde se discutiu as políticas e estratégias de construção do Sistema Único de Saúde e a articulação ensino / serviço.
1996	A parceria firmada com a CEBES possibilitou uma publicação especial para a Rede Unida – “Divulgação em Saúde para Debate”, na qual a Rede apresentou suas principais contribuições para a 10ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em setembro do mesmo ano.
1997	“Globalização, políticas públicas, gestão, práticas de ensino e atenção à saúde, ética e participação social” foi o tema central do 3º Congresso Nacional da Rede Unida, que aconteceu em novembro em Salvador, na Bahia.
2000	Neste ano, na Revista Divulgação em Saúde para Debate, foi publicada uma sistematização das experiências da Rede Unida, abordando elementos estratégicos fundamentais dos processos de mudança e inovação na formação dos profissionais de saúde.
2001	Em outubro de 2001, a cidade de Londrina, no Paraná, recebeu a 4ª edição do Congresso Nacional da Rede Unida, que teve como tema central “Impulsionando movimentos de mudança na formação e desenvolvimento de profissionais de saúde para o SUS”. Neste período a Rede contribuiu para a formulação das Diretrizes Curriculares Nacionais para os profissionais da área da saúde.
2003	O 5º Congresso Nacional da Rede Unida foi realizado em maio deste ano, em Londrina, no Paraná. Desta vez o tema central abordou “Governos novos, desafios antigos: investindo sempre nos processos de mudança”. A saúde da família, a formação e recursos humanos, a assistência à saúde, as políticas públicas de saúde e educação e a participação da comunidade foram alguns dos focos de debate.
2005	Com o tema “20 anos de parcerias na saúde e na educação” foi realizado o 6º Congresso Nacional da Rede Unida na cidade de Belo Horizonte. O Congresso comemorou os 20 anos da Rede Unida e suas conquistas no cenário das políticas de saúde, de formação dos profissionais e da construção de um sistema de saúde equitativo e eficaz.
2006	Em julho de 2006, a cidade de Curitiba recebeu a 7ª edição do Congresso Nacional da Rede Unida. O Congresso contou com a participação de profissionais de saúde, estudantes, comunidade, representantes do CONASS, CONASEMS, professores universitários e teve como tema central “Promover saúde e impulsionar mudanças na formação profissional e no cuidado à saúde: uma política de Estado”.
2009	O 8º Congresso Nacional da Rede Unida foi realizado em Salvador na Bahia, e abordou “SUS: 20 anos de educação, trabalho e cidadania”. Na ocasião ocorreu a Mostra de Saúde da Família com participação de estudantes, gestores e trabalhadores do SUS de vários lugares do país.
2010	A cidade de Porto Alegre recebeu a 9ª edição do Congresso Nacional da Rede Unida, que teve como tema central “Saúde é construção de vida no cotidiano: educação, trabalho e cidadania”. Este ano marca uma nova mudança na Rede que passa a ser denominada ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DA REDE UNIDA.
2011	Para preparar a 10ª edição do Congresso da Rede Unida, os membros da Associação se aventuraram a organizar encontros regionais (Rio de Janeiro, Porto Alegre, Belém, Campo Grande e Fortaleza), percorrendo as cinco regiões do Brasil para colher contribuições e mobilizar atores para o debate da Educação Permanente e a Formação Profissional em Saúde.
2012	Já com abrangência internacional, a 10ª edição do Congresso da Rede realizado na cidade do Rio de Janeiro, abordou o tema “Educação, saúde e participação: a ousadia de construir redes produtoras de vida no cotidiano”.
2013	Teresina (PI), Campo Grande (MS), Brumadinho – Instituto Inhotim(MG, Londrina (PR), Manaus (AM) FORAM AS CIDADES ESCOLHIDAS PARA SEDIAR OS Encontros Regionais preparatórios para a 11ª edição do Congresso Internacional da Rede Unida, em Fortaleza. Esses encontros estão registrados na publicação “Girando vida, políticas e existências: reunindo experiências com leveza e movimento”.
2014	11º Congresso Internacional da Rede Unida – “Girar vida, políticas e existências: a delicadeza da educação e do trabalho no cotidiano do SUS”, participe, colabore, contribua. No próximo ano a Rede Unida comemora 30 anos de luta pela educação na saúde. Registre e compartilhe com relação à trajetória da Rede para os próximos 10 anos.

Fonte: Mural do 11º Congresso Internacional da Rede Unida.

Cabe aqui realizar algumas ponderações que apesar de aparentarem um caráter essencialista, na verdade refletem postulações da Teoria do Discurso que viemos utilizando em nossa análise de pesquisa. Tendo em vista que a identidade se constitui discursivamente na dicotomia dos antagonismos sociais, conforme nos é apresentado em Laclau e Mouffe (1987) e em Mendonça (2008) e (2012), poderíamos nos questionar se a própria identidade constitutiva do VER-SUS, enquanto denominado projeto político, não perde sua significação enquanto tal, quando é rearticulado pelos aparatos institucionais estatais, sociais e universitários juntamente com os coletivos estudantis à partir de 2011. Tal questionamento analítico decorre das postulações que a Teoria do Discurso indica como requerimentos para que as lutas democráticas possam ocorrer de modo efetivo e realmente articulado:

Em tal sentido, a autonomia dos movimentos sociais é algo mais que um requerimento para que certas lutas possam desenvolverem-se sem interferências: é um requerimento para que o antagonismo como tal possa imergir (LACLAU; MOUFFE, 1985, p. 176)⁵⁹.

Muito em razão desta postulação da Teoria do Discurso, que adotamos as categorias de articulação e hegemonia como essenciais em nossa análise ao invés da categoria de antagonismo que é central na obra clássica de Laclau e Mouffe (1987). Como nosso campo de pesquisa se contextualiza a partir de 2011, onde o ME na forma de coletivos estudantis se encontra presente junto às instâncias do VER-SUS de forma consoante aos aparatos institucionais estatais, sociais e universitários; e não mais de forma antagônica como se propunha a ser através das Executivas Nacionais de Curso ou da própria UNE junto às instâncias do VER-SUS antes de 2011; não existe razão de elencarmos a categoria de antagonismo como central em nossa análise. Entrementes cabe lembrar, que apesar de o antagonismo ter perdido sua centralidade no contexto discursivo do VER-SUS, necessariamente não se perde a validade de utilizarmos a Teoria do Discurso para analisar o referido projeto político, tendo em vista que “(...) a possibilidade de se pensar que, apesar de antagônicos, os discursos podem compartilhar alguns sentidos (MENDONÇA, 2012, p.224)” e de que “(...) é possível pensarmos o antagonismo simplesmente como uma forma de *identificação* que tencionará as estruturas do sistema (MENDONÇA, 2012, p.222)” em seus múltiplos campos. Nesse caso o antagonismo deve ser entendido não como uma forma de *tensionar* as práticas em polos dicotômicos, mas sim, entendido como forma de *tencionar* os discursos. Em outras palavras, como intenção e não como tensão dos sujeitos em suas práticas.

⁵⁹ Tradução livre do autor desta dissertação.

TENSÃO – Qualidade, condição ou estado do que ameaça romper-se.

INTENÇÃO – O que se objetiva fazer; propósito. O que se deseja alcançar; vontade.

TENSIONAR - Produzir ou estar sob tensão. Ato de distender algo.

TENCIONAR - Fazer tenção de; planejar.

Percebemos aqui aquilo que já havíamos pontuamos em nossa pesquisa anterior (Führ, 2013, p.40) a respeito das diferenças entre os movimentos sociais do campo da saúde e os demais movimentos sociais, pois enquanto o “movimento sanitário considera a lei uma vitória [os] outros movimentos sociais têm a lei como adversária”. Tal postura dos movimentos sociais do campo da saúde também implica na modificação de perspectiva com os mesmos se percebam a si mesmos e na sua relação com os aparatos institucionais estatais. Exemplo disso é a própria designação significativa com a qual a Rede Unida se define em seu estatuto:

Art. 1º. Associação Brasileira da Rede Unida é pessoa jurídica de direito privado, com natureza civil sem fins econômicos, com autonomia administrativa e financeira, podendo atuar em todo território nacional, regendo-se pelo presente estatuto e pela legislação aplicável.

(...)

Art.4º A REDE UNIDA se orientará pelos seguintes princípios:

I – Ser entidade formal do Movimento Social da Rede UNIDA e a ele estar subordinado;

II – Ser animadora, ativadora e promotora de discussões contínuas e consultas permanentes, através de espaços físicos e virtuais entre os associados e a comUNIDe interessada.

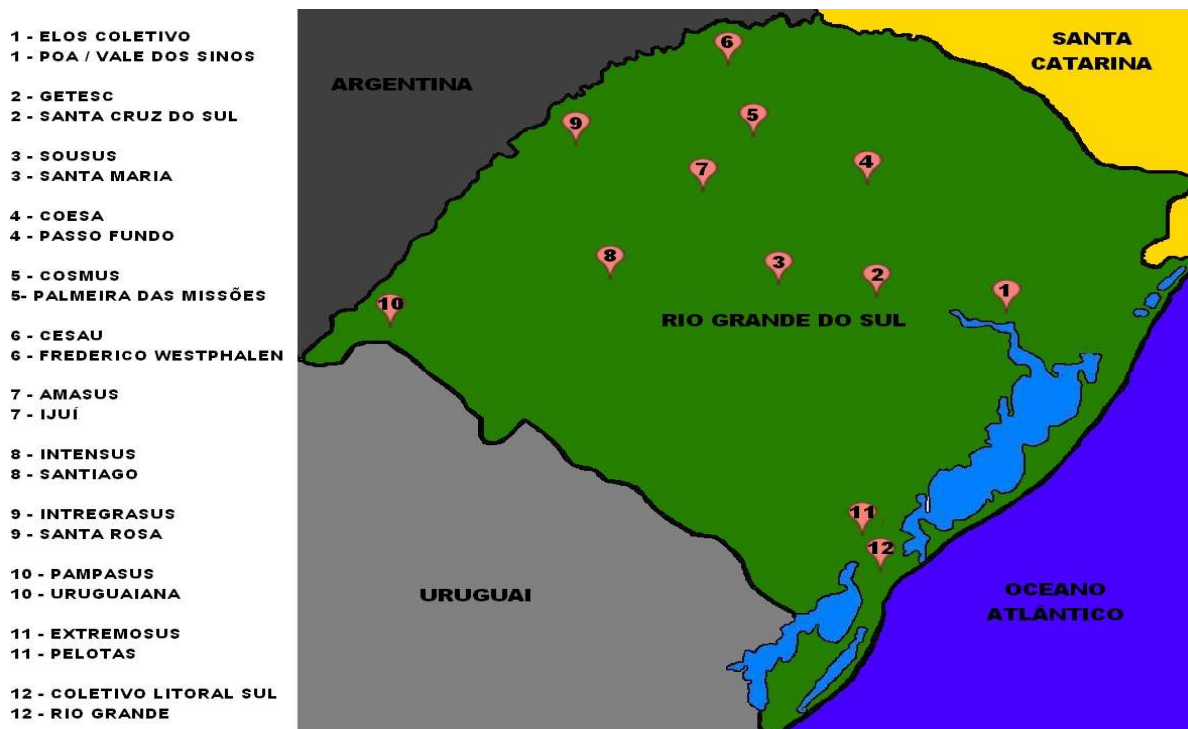
Vejamos como é ambivalente a designação significativa do principal aparato institucional social que promove a realização do VER-SUS: a Rede Unida. Ao mesmo tempo em que se entende enquanto Movimento Social da Rede Unida, a mesma se constitui enquanto associação jurídica de natureza do direito privado, civil e formal. Em outras palavras, o movimento social do campo da saúde envolvido diretamente com o VER-SUS seguiu o caminho da institucionalização social para que consoante e não de forma antagônica aos aparatos institucionais estatais, pudessem articular (sim, porque apesar de tudo é esta a designação significativa que utilizam quando tencionam promover modificações no campo da saúde) práticas de reorientação das políticas e projetos junto à formação em saúde. Tal identificação discursiva traz inúmeras implicações para com os sujeitos em suas práticas de realização e organização do VER-SUS.

Assim, a participação do ME e de suas articulações através das Executivas Nacionais dos cursos do campo da saúde ou da UNE foram relegadas a segundo plano. Nesta nova forma de organização do VER-SUS/Brasil surgiram novas formas de articulações entre os aparatos estudantis e os aparatos sanitários envolvidos no projeto político. Os coletivos estudantis tomaram o lugar das Executivas Nacionais dos cursos do campo da saúde e da própria UNE. Articulam eles mesmos as estruturas necessárias para que junto ou a margem dos aparatos institucionais universitários o VERSUS ocorra.

Outra questão pertinente ao contexto de pesquisa se refere ao financiamento do projeto político em questão. A proposta vem sendo financiada pela OPAS – aparato institucional internacional de saúde pública latino-americana - que por intermédio da organização jurídica do aparato institucional social da Rede Unida financia a maioria das experiências de VER-SUS/Brasil pelo país a fora. Algumas poucas vivências são financiadas por seus governos estaduais ou de outras formas como é o caso que acontece em algumas cidades no interior do estado do Rio Grande do Sul. Mesmo assim, o fato de alguns governos estaduais financiarem o VER-SUS, não torna esta condição à regra por excelência, mas sim a exceção da regra. Na sua grande maioria, e inclusive na Região Metropolitana de Porto Alegre - RMPA onde ocorre o VER-SUS/Brasil, o financiamento se dá via OPAS/Rede Unida constituída através de seu Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica – CNPJ.

Assim sendo, mesmo uma proposta que leva a participação e o emblema do Governo Federal, sua estruturação material acontece através de vias supra estatais, e não através de uma destinação planejada dos recursos estatais específicos para a formação e a ordenação dos recursos humanos em saúde como prevê a CF e as leis nacionais nº. 8080/90 e nº. 8142/90 que estruturam o SUS; e que poderiam ser preconizados para este projeto político estratégico como é concebido o VER-SUS/Brasil através de suas próprias publicações e documentos. Dessa forma, hoje diferente do que acontecia nas primeiras edições do VER-SUS/Brasil, ao analisarmos a participação do ME neste projeto político não se visualiza mais as Executivas Nacionais de Curso ou a UNE (mesmo que este aparato social seja parceiro da Rede Unida). Visualizam-se coletivos estudantis que vieram a se estruturar a partir de grupos de estudantes na retomada do projeto VER-SUS/Brasil. Vários coletivos vieram a se organizar no país como um todo a partir da existência de vivências nos diferentes estados da federação. No estado do Rio Grande do Sul, segundo mapa construído pelos próprios estudantes na última vez em que se reuniram estadualmente, existiam 12 coletivos estudantis gaúchos que participavam da construção do VER-SUS/Brasil e de outras atividades sanitárias no estado gaúcho:

Ilustração 12: Mapa dos coletivos estudantis em saúde no estado do Rio Grande do Sul



Fonte: Elaborado por estudantes que participam dos coletivos estudantis em saúde do RS.

Destes coletivos excetuando-se o Elos Coletivo que participa da construção da vivência junto a RMPA, todos os demais coletivos gaúchos vinham pelo menos até as últimas vivências recebendo financiamento público do Governo do Estado do Rio Grande do Sul. Deste modo, nas cidades do interior, em razão do financiamento (contingenciado por pactuações com as instâncias de controle social dos recursos estaduais em saúde) e das realidades universitárias (esparso aparatos institucionais universitários para grandes regiões de abrangência) as vivências são organizadas pelos coletivos estudantis para grupos que variam de dez a trinta participantes em média. As vivências nestas cidades do interior percorrem na grande maioria das vezes mais de um município em suas realidades sanitárias. Isso se deve ao fato de que um único município não apresenta em princípio situações de vivência para os dez a quinze dias de vivência. Diferente dessa situação, a realidade contextual do Elos Coletivo se diferencia dos demais coletivos estudantis gaúchos, em detrimento do próprio financiamento que ocorre via Rede Unida, que por sua vez recebe o financiamento para as vivências através de projetos e editais constituídos junto a OPAS. Também se diferencia em função de que a realidade da RMPA, onde o Elos Coletivo atua, é muito mais populosa e apresenta uma realidade universitária muito mais abrangente (vários aparatos institucionais universitários e similares polos acadêmicos existentes) onde se propicia que as vivências sejam mais abrangentes em sua realização.

As vivências organizadas pelo Elos Coletivo eram estruturadas para um grupo de aproximadamente 160 estudantes que eram divididos em aproximadamente 16 equipes que participam das vivências nos 8 distritos sanitários de Porto Alegre e em aproximadamente mais 8 cidades da região Metropolitana e do Vale do Rio dos Sinos. Estes números podem variar um pouco para mais ou um pouco para menos, mas em síntese são estas as informações quantitativas que serviam de base para a organização das vivências por parte do Elos Coletivo nesta região do estado gaúcho.

O que deve ficar claro é que apesar do financiamento existente através da Rede Unida/OPAS, ou ainda através do Governo do Estado do Rio Grande do Sul, tanto para as vivências do VER-SUS, que acontecem na RMPA, quanto para aquelas que acontecem no interior do estado gaúcho; existe uma série de práticas e discursos que são necessariamente realizados tanto na realidade do Elos Coletivo como na realidade dos demais coletivos estudantis gaúchos para que as vivências possam ocorrer sem contratemplos. Práticas e discursos que também são realizados pelos sujeitos representando aparatos institucionais universitários, estatais e sociais que são indispensáveis para que a realização das vivências sejam possíveis e realizáveis na prática contextual.

Os coletivos estudantis tanto do interior como da capital e região são responsáveis por várias práticas discursivas essenciais para a realização das vivências desde antes que a mesma ocorra. Dentre as práticas que os coletivos estudantis ficam responsáveis podemos elencar: a) solicitarem e retirarem no mínimo três orçamentos carimbados em documentos oficiais para alimentação, hospedagem e transporte necessários para ocorrência das vivências; b) reunirem e contatarem os gestores distritais e / ou municipais das cidades em questão para organizarem a programação e demais questões pertinentes para as vivências; c) divulgarem e mobilizarem os estudantes junto aos aparatos institucionais universitários da região para que saibam da proposta de vivência; d) selecionarem e notificarem os candidatos escolhidos para participarem da proposta de vivência, já que na maioria das vezes a demanda é maior que a oferta de vagas nas vivências que ocorrem. Todas estas práticas discursivas se desenvolvem e transcorrem em aproximadamente seis meses de reuniões e organizações práticas necessárias para que as vivências ocorram tanto nas férias de inverno como nas férias de verão.

Tendo em vista que o denominado projeto político ocorre em outras unidades federativas do território nacional, existem também coletivos estudantis espalhados por outras cidades brasileiras. Conforme apontamentos existem aproximadamente noventa coletivos estudantis que organizam práticas discursivas do VER-SUS em território nacional.

Os recentes congressos internacionais do aparato institucional social da Rede Unida motivou que alguns coletivos estudantis tencionassem uma articulação nacional de suas práticas discursivas junto ao campo da saúde. Alguns coletivos estudantis já vinham tencionando essas articulações a nível estadual como é o caso dos coletivos estudantis gaúchos.

Ilustração 13: Imagem do grupo virtual de articulação dos coletivos estudantis brasileiros



Fonte: Rede Social do Facebook.

Os gestores / representantes municipais / distritais por sua vez participam de reuniões quinzenais organizadas pelos coletivos estudantis para definirem não somente a programação das vivências, mas também outras questões que são pertinentes ao bom andamento das vivências (locais visitados, equipes visitadas, condições de visitação, entre outros detalhes).

Os aparatos institucionais universitários aparecem como apoiadores do projeto político com graus diferentes de participação e envolvimento. Enquanto alguns dificultam até mesmo a informação de que existe uma organização estudantil para a vivência; outros oferecem toda uma disponibilidade de estruturação para que as vivências possam ocorrer: transporte, confecção de material didático e informacional, preparação de espaços acadêmicos para as discussões, entre outras disponibilidades oferecidas aos coletivos estudantis. O VER-SUS/Brasil à nível federal, estadual e local pode apresentar alguns detalhes que não explicitamos, mas que no conjunto não desfocam a delimitação que majoritariamente se propõe este projeto político. O VER-SUS/Brasil em suas diferentes realidades e contextos se propõe a ser uma metodologia estratégica de aproximação do estudante universitário para com a realidade econômica, social, política e cultural do contexto territorial em que ocorre a sua formação universitária, sendo-lhe problematizada tanto em termos científicos e teóricos, como em termos realistas e materiais. O VER-SUS seria então, segundo seus proponentes, um projeto político estratégico (que somado a outros programas sociais, tais como o PRÓ-SAÚDE e PET-SAÚDE), ou seja, uma prática discursiva de articulação dos diferentes elementos para a promoção de ações na formação dos trabalhadores no campo da saúde:

Pois bem, a partir da categoria discurso, podem-se compreender fenômenos sociais cuja constituição se dá através de uma lógica de *articulação de elementos diferentes*. No nosso exemplo, os elementos são diferentes grupos de estudantes ou se pensarmos de outra maneira, os diferentes discursos sobre a educação que esses grupos de estudantes representam (BURITY, 2008, p.45, grifos do autor citado).

O significante “formação em saúde” é significado de diferentes maneiras pelos diferentes elementos / momentos envolvidos na ocorrência do VER-SUS. Os elementos do ensino e dos serviços são relacionados de forma precária e contingente na grande maioria das práticas discursivas presentes na formação em saúde brasileira. Entretanto, alguns sujeitos mobilizados em alguns aparatos estatais, universitários e sociais estão tencionam articulações que superem esta relação dual e estreita da formação em saúde.

O debate da Teoria do Discurso que segue a vertente pós-estruturalista formulada por Ernesto Laclau e Chantal Mouffe, a partir de Gramsci e Althusser, adota uma abordagem dialética e relacional que não sobrepõe nem a sociedade e nem o indivíduo, agora já sujeito, mas sim que estabelece uma relação dialética entre ambos. A implicação dessa abordagem e do diálogo teórico proposto na presente dissertação nos possibilita abordar o VER-SUS com formulações laclauiana como esta:

Os termos de nosso problema são os seguintes: a) hegemonia significa articulação *contingente*; b) contingência significa *externalidade* da força articuladora em relação aos elementos articulados; c) tal externalidade não pode ser pensada como uma separação efetiva de níveis no interior de uma totalidade plenamente constituída ou não seria externalidade (LACLAU, 2011, p.139-140, grifos do autor citado).

Partindo destes deslocamentos teóricos percebemos que a abordagem teórica que pretendemos utilizar sob a égide do conceito de articulação somente pode ser percebida na contingência do conceito de hegemonia. Esta contingencialidade implica forças articuladoras que estejam na externalidade, ou seja, uma externalidade em que a separação efetiva dos níveis no interior de uma totalidade constituída plenamente devam ser pensadas.

Intentamos a partir desta abordagem teórica analisar o VER-SUS percebendo-o como uma articulação contingente das práticas hegemônicas da formação dos trabalhadores no campo da saúde. Percebe-se até o momento que a aplicabilidade da Teoria do Discurso em decorrência do VER-SUS se apresentar como uma externalidade da força articuladora em relação aos elementos hegemônizados junto à formação em saúde, no entanto, tal externalidade não pode ser pensada como uma separação efetiva dos níveis de interior da totalidade constituída, já que o denominado projeto político se relaciona diretamente com os elementos articulados da própria formação em saúde.

Estas formulações advêm da superação de alguns nexos gramscianos e althusserianos, que foram postulados no presente dissertar, permitindo com isso a utilização destas problematizações essenciais na análise sociológica proposta aqui. A superação althusseriana propicia a “crítica a todo tipo de fixação, da afirmação do carácter incompleto, aberto e politicamente negociável de toda identidade (LACLAU; MOUFFE, 1987, p.142)”⁶⁰ e a superação gramsciana permite os deslocamentos de “conceber uma sociedade mais particularista e fragmentada (...) menos provável de gerar uma cadeia de efeitos totalizantes (LACLAU, 2011, p.103)”.

Os diferentes elementos do ensino, do serviço, da gestão e do controle social que são ou não articulados de diferentes maneiras pelos diferentes contextos em que o significativo da formação em saúde acontece e é significado junto aos diferentes aparatos ideológicos universitários, estatais e também sociais que disputam o campo desta discursividade existente sobre o VER-SUS. O VER-SUS enquanto projeto político se apresenta enquanto uma prática discursiva que pretende articular estes diferentes elementos da discursividade em saúde que estariam faltantes na articulação hegemônica da formação em saúde que se é teorizada junto aos aparatos institucionais universitários e praticada junto aos aparatos institucionais sanitários (leiam-se aparatos institucionais estatais, já que o “Estado” “detém” o controle de ambas as instâncias públicas ou privadas através da fiscalização / vigilância sanitária):

Os acúmulos proporcionados pelo VER-SUS/Brasil ainda estão em fase de absorção pelo SUS, porém já se faz possível estimar a acentuada participação de estudantes em espaços de gestão, atenção, educação e controle social, *articulada* à política de implantação dos Pólos de Educação Permanente em Saúde (FERLA et. al., 2013, p.25, grifo nosso).

A análise das práticas discursivas presentes na constituição identitária dos sujeitos participantes do VER-SUS poderá revelar se os mesmos chegam ou não a constituírem-se enquanto articulação política e os seus graus de heterogeneidade ou homogeneidade com os aparatos institucionais estatais, universitários e sociais que estão presentes na estruturação do referido projeto político. Tendo em vista que na “articulação política temos que certa heterogeneidade é irresistível, mas lógicas homogeneizantes, no entanto, a partir desta mesma heterogeneidade, podem criar novas identidades coletivas (LACLAU, 2006, p.36)”, objetivamos justamente analisar e entender quais são as articulações ideológicas e discursivas que são possíveis perante as formações discursivas e ideológicas que são enunciadas junto a formação dos trabalhadores no campo da saúde.

⁶⁰ Tradução livre do autor desta dissertação.

5. ANÁLISE DOS DISCURSOS VIVENCIAIS

Tendo percorrido as premissas teóricas, conceituais e historiográficas que julgamos pertinentes estabelecer em nosso dissertar de análise sociológica sobre a formação em saúde; necessitamos por ora, também apresentar a metodologia que adotamos para alcançar os objetivos propostos junto ao nosso campo de pesquisa.

5.1 POSTURA METODOLÓGICA ADOTADA

Conforme nos pontua Thiollent (2009, p.30), em qualquer pesquisa “(...) é preciso pensar, isto é, buscar ou comparar informações, articular conceitos, avaliar ou discutir resultados, elaborar generalizações, etc. Todos esses aspectos constituem uma estrutura de raciocínio subjacente à pesquisa”. Esta postulação de Thiollent nos evidencia que as pesquisas empreendidas possuem raciocínios que lhe subjazem, ou seja, raciocínios que motivam a realização das mesmas e automaticamente carregam com si um discurso que “(...) não é neutro, mas está inserido numa cadeia de significantes que, de acordo com a sua determinação histórica, tem valores e significados específicos (...) (MOUNTIAN, 2014, p.167)”:

Situar a pesquisa na sua epistemologia, metodologia e método permite que entendamos seus pressupostos e como esses conduziram seu resultado, o que é fundamental, pois como já apontado, não há pesquisa neutra, pois todas partem de uma determinada visão a partir do seu contexto histórico e social (MOUNTIAN, 2014, p.171).

Por isso, não “(...) podemos aspirar à neutralidade e à imparcialidade ao analisar um discurso em que se desenvolve o mesmo sistema que o articula (CUÉLLAR, 2014, p.217)”. Toda pesquisa se inscreve na perspectiva pós-estrutural, em um discurso que articula determinados conceitos, epistemologias, teorias, historiografias e metodologias. Nosso intento com o presente capítulo é circunscrever as premissas metodológicas que deem sentido ao discurso teórico, conceitual e historiográfico que elencamos até aqui. Discurso este que através de sua natureza percebe determinadas situações para além de suas aparentes dicotomias, revelando suas arbitrariedades.

Em termos de metodologia, uma dicotomia arbitrária surge, quanto à ambientação das pesquisas em âmbitos qualitativos opostos a âmbitos quantitativos. Tal dicotomia não percebe a arbitrariedade com que se revelam vários resultados de pesquisas qualitativas que contém dados quantitativos ou de pesquisas quantitativas que desenvolvem dados qualitativos:

Trazendo o debate do “qualitativo” para o campo da Saúde presencia-se o eclodir de questões semelhantes às do âmbito maior das Ciências Sociais. Isso se deve ao fato, em primeiro lugar, de que a saúde não institui nem uma disciplina nem um campo separado das outras instâncias da realidade social (...) (MINAYO, 2000, p.21).

Por isso a denotação “qualitativa” em nossa perspectiva metodológica de pesquisa, se refere muito mais a uma predisposição do pesquisador em si do que uma oposição contraditória as pesquisas “quantitativas” por excelências assim descritas. Ao inserirmos o termo “qualitativo” em nossa abordagem de pesquisa, estamos nos predispondo a uma relação atitudinal de abertura, flexibilidade, capacidade de observação e principalmente de interação com o grupo de sujeitos sociais envolvidos durante o percurso do estudo agora apresentado.

A investigação qualitativa requer como atitudes fundamentais a abertura, a flexibilidades, a capacidade de observação e de interação com o grupo de investigadores e com os atores sociais envolvidos. Seus instrumentos costumam ser facilmente corrigidos e readaptados durante o processo de trabalho de campo, visando às finalidades da investigação. Mas não se pode ir para a atividade de campo sem se prever as formas de realiza-lo. Improvisá-lo significaria correr o risco de romper os vínculos com o esforço teórico de fundamentação, necessário e presente em cada etapa do processo de conhecimento (MINAYO, 2000, p.101).

Tal postura metodológica decorre “(...), pois compreendemos que a modalidade qualitativa permite ao pesquisador fazer parte integrante do estudo, no qual o fenômeno social é observado através dos significados trazidos nos discursos (escrito ou fala) e nas práticas sociais (JARDIM; LARA JR., 2014, p.52)” assim como viemos concebendo nossa pesquisa.

5.2 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS ADOTADOS

Ambientando-nos na perspectiva pós-estrutural desenvolvida por Laclau e Mouffe (1987) nada mais consequente que em termos metodológicos também venhamos a adotar a Análise do Discurso. A Análise do Discurso epistemologicamente está inserida no mesmo escopo de abordagem sociológica da Teoria do Discurso incitada por Laclau e Mouffe (1987). Um destaque importante é que a “(...) análise de discurso deve ser idealmente um empreendimento interdisciplinar (FAIRCLOUGH, 2001, p.276)”. Conforme menção anterior, para além das justificativas epistemológicas que motivaram em nossa pesquisa a adoção da Teoria do Discurso e da Análise do Discurso; o empreendimento interdisciplinar de articular as Ciências Sociais, o campo da Saúde, a área da Educação no Ensino Superior e o aporte da Linguística e da Psicanálise através da própria metodologia aqui explicitada; refletem diretamente a interdisciplinaridade com que levamos em conta no presente dissertar. Qualquer proposta de esquema interdisciplinar que objetive não se confundir junto aos campos disciplinares, deve evidenciar de forma bem clara quais são os procedimentos metodológicos:

Os esquemas aqui expostos podem ser percebidos por meio da análise de discurso dos sujeitos. Para isso se faz necessário procedimentos metodológicos qualitativos, tais como: observação participante, diário de campo, entrevista semiestruturada, dentre outras técnicas que poderão ajudar a coletar dados, os quais se aplica o esquema sugerido (JARDIM; LARA JR., 2014, p.57).

Assim conforme a indicação de Jardim e Lara Jr. (2014, p.57), percebemos que uma série de procedimentos metodológicos qualitativos constituem possibilidades de obtenção dos dados junto à AD: observações participantes, diários de campo, entrevistas semiestruturadas e outras técnicas possíveis de obtenção dos aspectos discursivos. Utilizamos em nossa AD justamente os procedimentos metodológicos citados em questão: observações participantes descritas em diários de campo e entrevistas semiestruturadas com o aporte de um gravador de som. Para nos propiciar uma fundamentação metodológica consistente, no que condizem as observações participantes descritas em diário de campo, buscamos novamente em Thiollent algumas premissas que abalizem os aspectos descritivos de qualquer análise discursiva deste dado obtido junto ao nosso campo de pesquisa:

O objetivo da análise (ou descrição) desta estrutura cognitiva não é mero jogo formalista. Não se trata de chegar a uma formalização lógica nem a um cálculo de proposições ou à manipulação de variáveis simbolicamente representadas. O principal objetivo consiste em oferecer ao pesquisador melhores condições de compreensão, decifração, interpretação, análise e síntese do “material” qualitativo gerado na situação investigativa. Esse “material” é essencialmente feito de linguagem, sob formas de simples verbalizações, imprecisões, discursos ou argumentações mais ou menos elaboradas. A significação do que ocorre na situação de comunicação estabelecida pela investigação passa pela compreensão e a análise da linguagem em situação. Um mínimo de conhecimento nesse setor é necessário para que o pesquisador não caia em ingenuidades (THIOLLENT, 2009, p.31).

Assim como Thiollent, outros autores como Antunes (2014, p.125), nos apontam que em qualquer relato de pesquisa descrito em diários de campo ou em outros artefatos não são “(...) mera descrição de procedimentos e resultados, mas *interpretação que parte de dados concretos*. Tal conteúdo interpretativo, contudo, encontra-se em todos os estágios da pesquisa, desde a formulação dos procedimentos e técnicas até a análise de seus resultados” tendo em vista que (como já denotamos) qualquer pesquisa parte de um discurso delimitado num contexto social e histórico específico:

Em muitos lugares, continuam prevalecendo as técnicas ditas convencionais que são usadas de acordo com um padrão de observação positivista no qual se manifesta uma grande preocupação em torno da quantificação de resultados empíricos, em detrimento da busca de compreensão e de interação entre pesquisadores e membros das situações investigadas (THIOLLENT, 2009, p.9).

Um dos empreendimentos teóricos mais ambiciosos de Althusser foi justamente demonstrar como que o envolvimento dos pesquisadores junto a seus contextos de pesquisa eram importantes para a compreensão dos fenômenos sociais que eram pesquisados. Em uma de suas publicações interdisciplinares de maior monta, *Freud e Lacan - Marx e Freud*, Althusser chama a atenção para o fato de que as obras “sociológicas” mais célebres de Maquiavel e Marx foram fruto justamente do envolvimento de seus “pesquisadores” junto a situações contextuais de investigação:

(...) Maquiavel, por exemplo, quando este escreveu “para conhecer os príncipes, é preciso ser povo”. Marx disse a mesma coisa, no fundo, em toda a sua obra. Quando escreve, no Prefácio de *O Capital*, que essa obra “*representa o proletariado*”, afirma, em definitivo, que é preciso estar situado nas posições do proletariado para conhecer *O Capital*. E se tomamos as palavras de Maquiavel em sentido forte e as aplicamos a história de Marx e de sua obra, poderemos dizer com justiça: *é preciso ser proletariado para conhecer O Capital*. Isso significa concretamente: não somente é preciso haver reconhecido a existência do proletariado, mas também ter compartilhado suas lutas, tal como fez Max durante quatro anos antes do Manifesto, ter militado nas primeiras organizações do proletariado, para poder estar em condições de conhecer *O Capital* (ALTHUSSER, 1984, p.81).

Desse modo expressamos que nosso envolvimento junto às situações contextuais de pesquisa, conforme evidenciamos já na introdução do presente dissertar, busca justamente trazer à tona a compreensão dos fenômenos sociais que ocorrem junto ao VER-SUS. Como poderíamos discorrer de forma qualitativa ou analisar os dados discursivos das entrevistas que realizamos se as significações presentes nas mesmas nos seriam estranhas? E para se utilizar de uma analogia ao texto althusseriano: Como poderíamos dissertar sobre o VER-SUS senão tivéssemos participado do referido projeto político? A pesquisa assim empreendida não perde a sua legitimidade científica, mas sim, visa incorporar recursos lógicos de registro para a AD:

A pesquisa não perde sua legitimidade científica pelo fato dela estar em condição de incorporar raciocínios imprecisos, dialógicos ou argumentativos acerca de problemas relevantes. Tal incorporação supõe muito mais do que recursos lógicos: a metodologia deve incluir no seu registro o estudo cuidadoso da linguagem em situação e, com isto, o pesquisador não precisa temer a questão da imprecisão. Processar a informação e o conhecimento obtidos em situações interativas não constitui, em si mesmo, uma infração contra a ciência social (THIOLLENT, 2009, p.31).

A AD se reveste assim da noção ampliada do conceito de discurso. Quando analisamos os termos inscritos nos diários de campo da observação participante estamos admitindo que o discurso não seja apenas fala, mas sejam também práticas dos elementos implícitos ou explícitos com os quais sujeitos se relacionam junto aos contextos de pesquisa:

Assim os fenômenos são investidos e atravessados por distintas formações discursivas. Quando digo “discursiva”, não me refiro simplesmente as palavras, frases, retórica manipulatória. Na medida em que eu admito que o sentido desses fenômenos é dado por uma *articulação* inseparável entre sua dimensão física e uma dimensão significativa desse fenômeno, já não posso mais dizer que o discurso é apenas fala. O discurso é uma unidade complexa de palavras e ações, de elementos explícitos e implícitos, de estratégias conscientes e inconscientes. É parte inseparável da ontologia social dos objetos (BURITY, 2008, p.42, grifo nosso).

Reforçamos que a discussão sobre “(...) a participação dos pesquisadores e dos participantes em diversas estruturas coletivas (seminários, grupos, etc.) não são, em si próprias e nocivas à objetividade (THIOLLENT, 2009, p.25)” tendo em vista que é justamente essa participação nos contextos investigados que possibilitarão uma compreensão maior dos discursos presentes e a sua significação junto aos sujeitos entrevistados.

5.3 PROCEDIMENTO METODOLÓGICO DA OBSERVAÇÃO PARTICIPANTE

A observação participante registrada em diário de campo especificamente delimitado para o contexto de pesquisa que estamos investigando se delimitará as atividades preparatórias e ocorridas junto ao VER-SUS que aconteceu nas férias de verão entre os dias 15 à 28 de janeiro de 2015 na cidade de Porto Alegre, Cachoerinha e indiretamente São Leopoldo e Gravataí. Na referida vivência atuamos como sujeito facilitador de uma equipe de quatro viventes junto aos distritos Leste Nordeste da cidade de Porto Alegre. O trabalho de campo registrado compreende, portanto todas as significantes observações participantes transcorridas num período que se estende desde mais de um mês anterior até o último dia da vivência em questão. Percebemos assim como Bonet (2004, p.19) que o “(...) trabalho de campo é essa mistura de observação participante e participação observante, já que entramos e saímos de cena (BONET, 2004, p.19)” das atividades em que estivemos presentes para possível inscrição junto a nosso diário de campo. Constatamos que se encontram “(...) cada vez mais adeptos da (...) pesquisa participante em áreas técnicas de saúde (...) (THIOLLENT, 2009, p.115)” muito em decorrência de que a “(...) pesquisa em saúde implica uma mudança epistemológica radical em relação a uma análise que compreenda o discurso (...) (BOSI; MACEDO, 2014, p.430)” em sua significação junto aos contextos de articulação dos sujeitos.

O papel da linguagem nas ciências sociais foi reconhecido inicialmente quando se percebeu que leva-la em consideração poderia ter um grande interesse metodológico para o desenvolvimento da ciência e dos pensamentos sociais. Naquele momento, aproveitaram-se das experiências acumuladas da linguística e dos estudos da comunicação para completar, e as vezes substituir, o arsenal de técnicas e procedimentos metodológicos disponíveis. Surge assim o uso de métodos como a Análise de Conteúdo (...) e as várias modalidades da Análise do Discurso (...) (IÑIGUEZ, 2004, p.97).

Desse modo o papel da linguagem junto às Ciências Sociais é reconhecido de diferentes maneiras e modos nos aspectos teóricos e metodológicos de utilização da mesma. A recorrência da Linguística, segundo Gracia (2004, p.46) prioriza a substituição da “relação ‘ideias/mundo’ pela relação ‘linguagem/mundo’ e afirma que para entender tanto a estrutura de nosso pensamento quanto o conhecimento que temos do mundo e preferível olhar para a estrutura lógica de nossos discursos”.

A linguagem então “não é vista como um mero epifenômeno, mas como uma prática em si mesma. As pessoas empregam o discurso para *fazer* coisas (...). Realçar isto é sublinhar o fato de que o discurso não ocorre em um vácuo social (BAUER; GASSKELL, 2002, p.248, grifos do autor)”. Dentre os diferentes modos com que o papel da linguagem foi reconhecido junto às Ciências Sociais, o modo com que a AD foi proposta em termos de método, foi a que de maior variedade de possibilidades alcançou.

Bauer e Gaskell (2002, p.246) nos indicam que embora “existam provavelmente ao menos 57 variedades de análise de discurso, um modo de conseguir dar conta das diferenças entre elas é pensar em tradições teóricas amplas”. Seguindo esta concepção Iñiguez (2004, p.111) segmenta a AD em cinco grandes tradições metodológicas desta modalidade de pesquisa: “a) a Sociolinguística Interacional; b) a Etnografia da Comunicação; c) a Análise Conversacional; d) a Análise Crítica do Discurso (daqui em diante, ACD); e f) a Psicologia Discursiva”.

David Pavón Cuéllar (1974-), reconhecido por suas reflexões e investigações que interseccionam a Psicologia Crítica com a Psicanálise evidencia que basicamente quase todas as importantes variedades da AD recebem influência indireta ou indireta de Lacan e suas abordagens psicanalíticas:

De fato, nessa longa tradição, encontramos diversos métodos crítico-teóricos epistemologicamente afins à análise lacaniana de discurso, entre eles a análise arqueológica de práticas discursivas que exercem um poder e constituem um saber historicamente determinado e institucionalmente respaldado (Foucault, 1969); a análise marxista estruturalista da materialidade discursiva da ideologia e da interpelação e determinação causal do efeito-sujeito (Althusser, 1970; Pêcheux, 1969, 1975); a análise marxista historicista da obra literária em seu aspecto ideológico e em seu horizonte histórico (Jameson, 1981); a desconstrução da estrutura do discurso a partir de suas diferenças intrínsecas e de suas inconsistências e omissões (Derrida, 1967, 1985); e a teoria de discurso, que analisa os fenômenos sociais e institucionais como construções políticas discursivas conflitivamente articuladas (Laclau; Mouffe, 1985). Convém observar que todos esses métodos, sem exceção alguma, receberam uma influência direta ou indireta de Lacan e de suas elaborações teóricas em torno do discurso, as quais iremos contemplar (CUÉLLAR, 2014, p.195).

Ian Parker (1956-) pontua que um provável “(...) motivo pelo qual há tantas variedades da Análise do Discurso é que tem havido um foco na linguagem em pesquisa que tem tido formas diferentes em variadas disciplinas (PARKER, 2014, p.59)”. Novamente temos aqui a menção de que a AD enquanto método de pesquisa serve a objetivos interdisciplinares de investigação, já que suas próprias premissas enquanto métodos assim o são. Os debates contemporâneos da Teoria do Discurso principados por Laclau e Mouffe (1987), que se fundamentam na mesma vertente das pressuposições epistemológicas da AD, também não desconhecem a intersecção de abordagens que provém da Psicologia, da Psicanálise, da Filosofia, da Ciência Política e de outros campos disciplinares:

Laclau e Mouffe foram responsáveis pela introdução de Slavoj Žižek (1990) na sociedade britânica de debates teóricos no final de 1980, e eles têm sido pressionados, mais recentemente, por alguns de seus ex-alunos para fazer uso mais explicitamente das ideias psicanalíticas Lacanianas (Stavrakakis, 2007) (PARKER, 2014, p.79).

Nesta perspectiva epistemológica o aporte de Chantal Mouffe e “(...) a teoria de Ernesto Laclau está fundada na ideia de que o social deve ser percebido a partir da lógica do discurso (MENDONÇA; RODRIGUES, 2008, p.27)”. Impera-se que para o “(...) desenvolvimento de uma abordagem para a análise de discurso que seja teoricamente adequada, tanto quanto praticamente utilizável, requer uma síntese da análise de discurso orientada linguisticamente e a compreensão da teoria social recente sobre a linguagem (FAIRCLOUGH, 2001, p.61-62)” como expusemos de forma sintética nos dois primeiros capítulos de nosso dissertar.

A intersecção dos campos do social, da saúde ou de outros campos possíveis é plausível graças ao giro / virada linguística que o campo da linguagem inscreveu ao estabelecer que as práticas sociais sejam discurso ou que todo discurso é uma prática social. A AD neste sentido se aplica como método de análise dos dados objetivando identificar as possibilidades de conservação ou transformação das práticas discursivas e ideológicas das formações sociais contextualizadas:

Todo discurso é uma prática social. De acordo com essas propostas, diremos que não estaremos falando tanto de discursos e mais de práticas discursivas que, como já observamos, são regras anônimas, históricas, determinadas temporal e espacialmente. Essas regras definiram, em uma época determinada, para comunidades concretas, as condições de qualquer enunciação daquilo que pode ser dito. Nessa mesma direção, diremos também que a AD é uma prática e é uma prática que não só desmascara ou identifica outras práticas discursivas, como também - e sobretudo - abre todo um caminho para sua transformação (IÑIGUEZ, 2004, p.147).

Para Orlandi (1987, p.110) o “(...) conceito básico para a AD é o de *condições de produção*. Essas condições de produção caracterizam o discurso, o constituem e como tal são objeto da análise. (ORLANDI, 1987, p.110)” para o pós-estruturalismo que percebe não somente o sujeito da produção, mas também a produção do sujeito (ZIZEK, 2003, p.207) em sua formação ideológica e discursiva:

Os discursos *articulam* o conjunto de condições que permitem as práticas: constituem cenários que passam a facilitar ou a dificultar as possibilidades, que fazem surgir regras e mantêm relações. Definitivamente, as praticas discursivas deixam claro que falar não só e algo mais como também e algo diferente de exteriorizar um pensamento ou descrever uma realidade: falar e fazer algo, e criar aquilo de que se fala, quando se fala (IÑIGUEZ, 2004, p.94-95, grifo nosso).

Conforme Minayo (2000, p.211, grifos da autora citada) em termos de método o “(...) objetivo básico da *Análise do Discurso* é realizar uma reflexão geral sobre as condições de produção e apreensão da significação de textos produzidos nos mais diferentes campos: religioso, filosófico, jurídico e sócio-político”. Visa-se compreender a produção social do sentido como princípio de organização do modo de funcionamento das articulações discursivas e ideológicas do campo pesquisado, no caso o projeto político do VER-SUS e suas relações com a formação junto ao campo da saúde:

O discurso contribui para a constituição de todas as dimensões da estrutura social que, direta ou indiretamente, o moldam e o restringem: suas próprias normas e convenções, como também relações, identidades e instituições que lhe são subjacentes. O discurso é uma prática, não apenas de representação do mundo, constituindo e construindo o mundo em significado (FAIRCLOUGH, 2001, p.90).

Como já questionava o linguista russo Roman Jakobson (1896-1982): “Que podemos saber da linguagem quando nada conhecemos sobre as significações (JAKOBSON, 1969, p.16)”? Podemos igualmente questionar: Que podemos saber da linguagem de nossas entrevistas quando nada conhecemos sobre as significações empregadas nas mesmas? É necessário compreender as significações e os significados das palavras-chaves e dos significantes empregados nos discursos e na linguagem dos sujeitos de pesquisa tendo em vista que os(as) mesmos(as) são variáveis e mutáveis nos contextos e nas temporalidades em questão:

A ênfase está nas palavras-chave que têm significado cultural geral ou mais local; nas palavras cujos significados são variáveis e mutáveis; e no significado potencial de uma palavra – uma estruturação particular de seus significados – como um modo de hegemonia e um foco de luta (FAIRCLOUGH, 2001, p.288).

Evidenciamos que a hegemonia em nosso campo de pesquisa é percebida conceitualmente pelas formações discursivas e ideológicas que amalgam a formação dos trabalhadores junto ao campo da saúde. Por outro lado os focos de luta que podem ou não serem assim percebidos seriam as articulações discursivas e ideológicas que tencionam descentrar a hegemonia flexneriana existente. Por isso dentre as cinco grandes tradições da AD, percebemos que a tradição metodológica da Análise Crítica do Discurso - ACD é a que melhor se adequa a perspectiva pós-estrutural teórica, conceitual e historiográfica que trouxemos sobre a formação dos trabalhadores no campo da saúde até o presente dissertar:

(...) a ACD constitui uma estratégia para abordar os discursos segundo a qual a teoria não pré-configura nem determina a maneira de enfocar as análises, nem delimita o campo da indagação e da exploração. Ao contrario, a teoria é utilizada como uma caixa de ferramentas que permite formar e abrir novas visões e novos enfoques e onde o/a analista se converte em artífice graças a seu envolvimento com aquilo que estuda (IÑIGUEZ, 2004, p.118).

Ao adotar a estratégia metodológica da ACD pretendemos analisar a “(...) luta pela significação no espaço de uma cultura particular [como] (...) uma luta por ‘hegemonia’, uma batalha ideológica na qual a Análise do Discurso toma parte quando o texto é interpretado (Laclau; Mouffe, 1985) (PARKER, 2014, p.79)” à luz da “caixa de ferramentas” teórica, conceitual e historiográfica que discorremos, mas também e principalmente em função do envolvimento com o campo de pesquisa que estudamos. Os conceitos de hegemonia e articulação que estruturaram o nosso dissertar nos dois capítulos que antecederam a presente metodologia não é dicotômica ao arcabouço teórico que utilizamos como é evidenciado pelos autores fiduciários a estratégia metodológica da ACD:

A visão de que a articulação de ordens de discurso é decisiva para a constituição de qualquer formação discursiva, e que deve, por isso, ser um foco central na análise de discurso, é expressa de forma variada no trabalho de Pêcheux (...), Bernstein (...) e Laclau e Mouffe (1985) (FAIRCLOUGH, 2001, p.67-68).

A tradição metodológica ampla da ACD está imbricada na abordagem discursiva interpelativa que floresceu com o giro / virada linguística de modo indissociável. Os efeitos interpelativos com os quais a formação dos sujeitos é produzida na articulação ou desarticulação dos discursos hegemônicos da formação dos trabalhadores junto ao campo da saúde nos remetem epistemologicamente a toda leva de pesquisadores com os quais discorremos nos primeiros dois capítulos do presente dissertar. Dicotomizar a teoria, os conceitos e a historiografia da metodologia aqui apresentada seria reducionismo:

Isso sugere um foco sobre os processos por meio dos quais os complexos ideológicos são estruturados e reestruturados, articulados e rearticulados (Há uma discussão importante de hegemonia e articulação em Laclau e Mouffe (1985) que constitui um precedente para (...) aplicação desses conceitos ao discurso (...)) (FAIRCLOUGH, 2001, p.123).

Desse modo a Análise do Discurso é fiduciária da Teoria do Discurso e a Teoria do Discurso é fiduciária da Análise do Discurso se adotamos a tradição metodológica ampla da ACD. É possível encontrar pesquisas que dicotomizem o método da teoria se utilizando dos aspectos que interessam a determinados pesquisadores em termos do discurso presente junto aos autores inscritos no giro / virada linguística. Nosso intento é antagônico a estas práticas muito comuns junto ao meio acadêmico contemporâneo. Nosso intento como já evidenciamos nos capítulos precedentes, e nas citações acima, é justamente se utilizar da Teoria do Discurso em consonância com a Análise do Discurso como preconiza os autores metodólogos da ACD. É óbvio que para fins didáticos e de leitura da presente pesquisa estruturamos capítulos teóricos, conceituais, historiográficos, metodológicos e de análise dos dados na presente pesquisa. Entretanto cada um dos capítulos estruturados até aqui visam denotar que a existência de um possibilita a inscrição do outro no presente dissertar:

Desse ponto de vista, o problema principal é de determinar nas práticas de análise de discurso o lugar e o momento da interpretação, em relação aos da descrição: dizer que não se trata de duas fases sucessivas, mas de uma alternância ou de um batimento, não implica que a descrição e a interpretação sejam condenadas e se entremisturar no indiscernível (PÊCHEUX, 1990, p.54).

Desse modo o próximo capítulo para além da mera descrição dos dados colhidos junto ao campo de pesquisa delimitado acima, também entremisturaremos discursivamente a interpretação dos dados conforme os aspectos teóricos, conceituais e historiográficos que já apresentamos sobre a formação em saúde em seu recorte junto ao denominado projeto político chamado de VER-SUS.

O discurso é uma das instâncias em que a materialidade ideológica se concretiza, isto é, é um dos aspectos materiais da “existência material” das ideologias. Ao analisarmos a articulação da ideologia com o discurso, dois conceitos já tradicionais em AD devem ser colocados: o de formação ideológica (que abreviamos FI) e o de formação discursiva (FD) (BRANDÃO, 1993, p.37).

Tendo como base os aportes conceituais que trouxemos junto ao segundo capítulo do presente dissertar, sabemos que o discurso se materializa junto aos aparatos institucionais através de práticas e rituais que formam ideologicamente os sujeitos em posições de discurso. O discurso então junto a AD e igualmente para a ACD é composto por uma articulação dupla.

5.4 PROCEDIMENTO METODOLÓGICO DA ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA

A articulação proposta por Pêcheux entre Formação Ideológica – FI e Formação Discursiva – FD é um importante contribuição metodológica junto a AD que tem como fundamento os pressupostos da tradição foucaultiana e da tradição althusseriana. Foucault inspirou Pêcheux a formular a noção de FD enquanto prática discursiva constitutiva do conhecimento. Porém Pêcheux não se contentou com a noção de FD e foi buscar em Althusser as premissas para formular a noção de FI enquanto prática discursiva alienante do conhecimento. Tanto a noção reguladora da FD quanto a noção interpelativa da FI são noções básicas e indissociáveis de qualquer AD que tenha a tradição metodológica da ACD por horizonte. Ambas as noções são fruto de um longo percurso teórico, conceitual e metodológico que Pêcheux desenvolveu ao longo de três épocas, como ele mesmo postulou:

Num de seus últimos textos, *A análise de discurso: três épocas* (1983), Pêcheux faz em brevíssimas páginas uma síntese do que teria sido o percurso de uma análise do discurso por ele arquitetada. A AD da primeira época (AD-1) se caracterizaria por uma posição estruturalista balizada pela noção de que um “sujeito-estrutura” determina os sujeitos como produtores de seus discursos. Contraindo-se a uma filosofia idealista da linguagem atravessada pela evidência da existência espontânea do sujeito como fonte, origem ou causa em si “e pela evidência do sentido”, para Pêcheux, o sujeito não é um dado *a priori*, mas é constituído no discurso. Sentido e sujeito se constituem num processo simultâneo através da figura da interpelação ideológica (Althusser). Afirma que o “sentido de uma palavra, expressão, proposição, não existe *em si mesmo*” (isto é, em sua relação transparente com a literalidade do significante), mas é determinado pelas posições ideológicas colocadas em jogo no processo sócio-histórico em que palavras, expressões, proposições são produzidas. Tributárias da tese althusseriana de que “a ideologia interpela os indivíduos em sujeitos”, a noção de sujeito em Pêcheux é determinada pela posição, pelo lugar de onde se fala. E ele fala no interior de uma formação discursiva (FD), regulada por uma formação ideológica (FI) (BRANDÃO *apud* BRAIT, 2001, p.66-67).

As noções de FD e FI em nossa AD através da ACD é o que indica as categorias conceituais para que venhamos a compor a bateria de perguntas da entrevista semiestruturada que elaboramos, já que pela “(...) formação discursiva e não por seus temas que se define a especificidade de um discurso (MAINGUENEAU, 2005, p.88)”, ou seja, não é o fato de um discurso ser sanitário, social, político ou outro tema que o valha que nos interessa na análise dos dados, mas sim pelas noções com as quais são significados os significantes da formação em saúde. Assim como Pêcheux propunha, buscamos as expressões inscritas nas FI's e FD's:

Uma palavra, uma expressão ou uma proposição não têm um sentido que lhes seria próprio, como se estivesse preso a sua literalidade. Ao contrário, seu sentido se constitui em cada formação discursiva, nas relações que tais palavras, expressões ou proposições mantêm com outras palavras, expressões ou proposições da mesma formação discursiva (PÊCHEUX *apud* MAINGUENEAU, 2005, p.86).

Conforme Maingueneau (2005, p.63) para “(...) além da validade dos argumentos pró ou contra o estabelecimento de formações discursivas homogêneas, não se pode esconder que há escolhas epistemológicas fundamentais (MAINGUENEAU, 2005, p.63)” que orientam a articulação de determinados significados a determinados significantes. Por isso na elaboração de nossa bateria de perguntas que foram elaboradas para aplicação da entrevista semiestruturada que aplicamos com sujeitos junto ao campo de pesquisa delimitado, as noções de FI e FD são parte integrante, mas não totalizante das categorias conceituais que utilizamos.

Conforme havíamos defendido no capítulo conceitual a própria categoria de articulação pode evidenciar as arbitrariedades com as quais os sujeitos se posicionam junto aos discursos instituídos junto aos aparatos institucionais existentes em seu contexto. Por isso além das noções de FI e FD utilizamos também as noções de Articulação Discursiva - ADI e Articulação Ideológica - AID para alcançar os objetivos a que nos propomos no início do presente dissertar / pesquisar.

Desse modo para alcançarmos o primeiro objetivo específico que é: “*Compreender as articulações discursivas enunciadas pelos sujeitos que participam das Vivências e Estágios na Realidade do Sistema Único de Saúde (VER-SUS)*” propomos cinco perguntas que através dos nexos dos sujeitos em sua relação com o campo da saúde e com os conceitos de doença e saúde possamos atingir o que é objetivado. Igualmente para alcançarmos o segundo objetivo específico que é: “*Relacionar quais são as formações discursivas enunciadas pelos sujeitos que participam do VER-SUS*” propomos cinco perguntas para que através dos nexos dos aparatos institucionais universitários com relação ao conceito de saúde, de doença, de saúde pública, de saúde privada e da teoria sanitária percebida pelos sujeitos possamos atingir o que é objetivado. Quanto ao terceiro objetivo específico que é: “*Entender quais são as formações ideológicas enunciadas pelos sujeitos que participam do VER-SUS*” propomos seis perguntas para que através dos nexos com os aparatos estatais, civis e midiáticos em relação a saúde pública e a saúde privada possamos atingir o que é objetivado.

Por fim, para alcançarmos o objetivo geral que é: “*Analisar quais são articulações ideológicas enunciadas pelos sujeitos que participam VER-SUS*” propomos sete perguntas para que através dos nexos estabelecidos pelos sujeitos de como se dá a relação entre aparatos institucionais universitários, estatais, civis e midiáticos junto ao VER-SUS e a realidade do SUS possamos atingir o que é objetivado. Assim sendo propomos ao todo vinte e três questões que foram utilizadas de forma estruturada nas entrevistas semiestruturadas que realizamos:

Ilustração 14: Tabela com perguntas semiestruturadas formulada nesta pesquisa

Objetivo Específico:	Categoria: Articulações Discursivas (ADI):	Pergunta:
Compreender quais são as articulações discursivamente enunciadas pelos sujeitos que participam do VER-SUS.	1) com o campo da saúde	1) Como é ser estudante no campo da saúde? 2) Como se deu teu envolvimento com o campo da saúde?
	2) com o nexa hegemônico entre saúde e doença	3) O que significa doença para você? 4) O que significa saúde para você? 5) Existem discursos que não limitem saúde em oposição à doença?
Objetivo Específico:	Categoria: Formações Discursivas (FD):	Perguntas:
Relacionar quais são as formações discursivamente enunciadas pelos sujeitos que participam do VER-SUS.	1) das IES's com o conceito de saúde	6) Como é o discurso da universidade em relação à saúde?
	2) das IES's com o conceito de doença	7) Como é o discurso da universidade em relação à doença?
	3) das IES's com a saúde pública	8) Como é o discurso da universidade em relação à saúde pública?
	4) das IES's com a saúde privada	9) Como é o discurso da universidade em relação à saúde privada?
	5) das IES's com a teoria sanitária	10) Quais são as disciplinas que abordam a saúde pública e o SUS em teu curso?
Objetivo Específico:	Categoria: Formações Ideológicas (FI):	Perguntas:
Entender quais são as formações ideologicamente enunciadas pelos sujeitos que participam do VER-SUS.	1) dos aparatos estatais com a saúde pública/privada	11) Como tu percebes as práticas do Estado em relação à saúde pública? 12) Como tu percebes as práticas do Estado em relação à saúde privada?
	2) dos aparatos civis com a saúde pública/privada	13) Como tu percebes o discurso da sociedade em relação à saúde pública? 14) Como tu percebes o discurso da sociedade em relação à saúde privada?
	3) dos aparatos midiáticos com a saúde pública/privada	15) Como tu percebes o discurso da mídia em relação à saúde pública? 16) Como tu percebes o discurso da mídia em relação à saúde privada?
Objetivo Geral:	Categoria: Articulação Ideológica (AID):	Perguntas:
Analisar quais são articulações ideologicamente enunciadas pelos sujeitos que participam do VER-SUS.	1) de significação	17) O que é o VER-SUS?
	3) com a realidade	18) Que realidade é esta vivenciada no VER-SUS?
	4) com os aparatos institucionais universitários	19) Quais são as articulações desenvolvidas nas universidades para que o VER-SUS aconteça?
	5) com os aparatos institucionais estatais	20) Quais são as articulações desenvolvidas com o Estado para que o VER-SUS aconteça?
	6) com os aparatos institucionais sociais	21) Quais são as articulações desenvolvidas com a Rede Unida para que o VER-SUS aconteça?
		22) Quais são as articulações desenvolvidas com movimentos sociais para que o VER-SUS aconteça?
	7) com os aparatos midiáticos	23) Quais são as articulações desenvolvidas com a mídia/redes sociais para que o VER-SUS aconteça?

O objetivo geral e os objetivos específicos acima concatenados com as perguntas que elaboramos para as entrevistas semiestruturadas que realizamos, também serão vinculados à observação participante que procedemos e que já abordamos metodologicamente em seu delinear. As entrevistas semiestruturadas estarão diretamente relacionadas ao contexto das observações participantes enquanto procedimentos metodológicos circunscritos a ACD que procedemos. Conforme Bell (2008, p.136), uma “das principais vantagens da entrevista é sua adaptabilidade”, assim como também a ADC é bem adaptável aos diferentes contextos discursivos aos quais é proposta uma AD. Essa adaptabilidade deve estar vinculada também ao princípio ético na conduta das entrevistas. A ética ao entrevistar deve nos guiar nesta trajetória de interação que é a premissa do termo “qualitativo” que adotamos enquanto perspectiva de pesquisa. Premissa esta que defendemos como sendo a relação atitudinal que teremos não somente com os sujeitos envolvidos, mas também com as situações práticas e discursivas que dela decorrerem:

A premissa básica, em ambos os casos, é de que *entrevista* não é simplesmente um trabalho de coleta de dados, mas sempre uma *situação de interação* na qual as informações dadas pelos sujeitos podem ser profundamente afetadas pela natureza de suas relações com o entrevistador (MINAYO, 2000, p. 116, grifos do autor citado).

Mesmo não sendo a entrevista um procedimento metodológico de fácil manejo, iremos a utilizar de um modo mais espontâneo que é a sua configuração semiestruturada. Configuração esta que potencializa ao entrevistador a condição de explorar significações que em princípio não haviam sido aventadas quando estruturou as questões prévias das entrevistas. Ao nos ambientarmos no escopo das pesquisas qualitativas, na modalidade da AD para tratamento dos dados, e na tradição metodológica da ACD; temos que ter em mente que os sujeitos participantes da pesquisa enquanto entrevistados não representarão estatisticamente o universo existente dos coletivos estudantis que realizam e organizam o VER-SUS junto à realidade social brasileira. A escolha de nossos sujeitos de pesquisa tentará alcançar sujeitos que sejam interpelados em seus papéis de membros atuantes tanto nos coletivos estudantis assim como no de membros que participaram de edições do VER-SUS em que procedemos à observação participante descrita e interpretada no próximo capítulo

Na AD, "representativo" não significa que o/a participante é estatisticamente representativo/a da população considerada, ou que esteja próximo a média em idade, *status* socioeconômico, etc. Ao contrário, significa que o/a participante está atuando *como se* estivesse no "papel" no sentido de que o que é importante sobre essa pessoa em concreto que participa de uma interação não são suas qualidades pessoais e sim o fato de que é membro de um grupo ou coletivo (INIGUEZ, 2004, p.136-137, grifos do autor citado).

Os sujeitos que foram entrevistados em nossa pesquisa foram escolhidos primeiro de acordo com a sua atuação enquanto membros participantes dos coletivos estudantis que organizam o VER-SUS na RMPA e secundariamente conforme a sua qualidade enquanto estudante de algum dos catorze cursos que compõem as consideradas profissões do campo da saúde:

Ilustração 15: Tabela com participações dos entrevistados no VER-SUS

Entrevistado/a	Edição VER-SUS
Entrevistada A	Vivente Inverno 2012 – RMPA Facilitadora Verão 2013 - RMPA Facilitadora Inverno 2013 - RMPA Comissão Verão 2014 – RMPA
Entrevistada B	Vivente Verão 2013 – RMPA Facilitador Inverno 2013 - RMPA Comissão Verão 2014 – RMPA
Entrevistada C	Facilitador Verão 2013 – RMPA Facilitador Inverno 2013 – RMPA
Entrevistada D	Vivente Verão 2012 – RMPA Facilitador Verão 2013 – RMPA Facilitador Inverno 2013 - RMPA Facilitador Verão 2014 – RMPA
Entrevistada E	Vivente Verão 2013 – RMPA Facilitadora Inverno 2013 - RMPA Facilitadora Verão 2014 – Pará de Minas – MG Facilitadora Verão 2014 – Recife – PE Facilitadora Verão 2014 – Santa Cruz do Sul – RS Facilitadora Verão 2015 – POA / Cachoerinha
Entrevistada F	Vivente Verão 2013 – RMPA Facilitadora Inverno 2013 - RMPA Comissão Verão 2014 – RMPA
Entrevistado G	Vivente Inverno 2013 – RMPA Comissão Verão 2015 – Novo Hamburgo
Entrevistada H	Vivente Verão 2013 – RMPA Facilitadora Verão 2014 – RMPA Comissão Verão 2015 – POA / Cachoerinha
Entrevistado I	Vivente Inverno 2012 – RMPA Facilitador Verão 2013 – RMPA Facilitador Inverno 2013 – RMPA Comissão Verão 2015 – POA / Cachoerinha
Entrevistada J	Vivente Verão 2012 – RMPA Facilitador Verão 2013 – RMPA Facilitador Inverno 2013 – RMPA Facilitador Verão 2014 – RMPA
Entrevistada K	Vivente Verão 2013 – RMPA Facilitadora Inverno 2013 – RMPA
Entrevistada L	Vivente Verão 2013 – RMPA Facilitadora Inverno 2013 – RMPA
Entrevistada M	Vivente Verão 2014 – RMPA
Entrevistada O	Vivente Verão 2015 – POA / Cachoerinha
Entrevistada P	Vivente Verão 2015 – POA / Cachoerinha

Curso da Saúde	Universidade
Medicina	PUCRS – Porto Alegre
Psicologia	UNISINOS – São Leopoldo
Terapia Ocupacional	UFPEL – Pelotas
Serviço Social	UFRGS – Porto Alegre
Veterinária	UNISC – Santa Cruz
Enfermagem	UNISC – Santa Cruz
Enfermagem	UNILASALLE - Canoas
Fisioterapia	FEEVALE – Novo Hamburgo
Psicologia	UFRGS – Porto Alegre
Educação Física	IPA / UFRGS – Porto Alegre
Medicina	UFCSPA – Porto Alegre
Fonoaudiologia	UFRGS – Porto Alegre
Farmácia	URI – Frederico Westphalen
Saúde Pública	UFRGS – Porto Alegre
Odontologia	UFRGS – Porto Alegre
Biologia	PUCRS – Porto Alegre
Enfermagem	UFCSPA – Porto Alegre
Nutrição	UFSM – Palmeira das Missões

Ilustração 16: Tabela com cursos e universidades dos entrevistados nesta pesquisa

Ilustração 17: Tabela com categoria universitária / sexo dos entrevistados nesta pesquisa

Categoria Administrativa Universitária	Sexo do Entrevistado	Quantidade de Entrevistados
Pública	Feminino	Oito
Pública	Masculino	Um
Privada	Feminino	Cinco
Privada	Masculino	Um

Priorizamos na realização das entrevistas semiestruturadas os sujeitos que haviam participado da Edição Verão 2015 VER-SUS POA/Cachoerinha, edição esta que serviu como campo de pesquisa para nossas observações participantes. Mesmo assim tais sujeitos não constituem a maior representatividade das referidas entrevistas (sete das quinze entrevistas realizadas) tendo em vista que segundo Minayo (2000, p.101) uma “investigação qualitativa requer como atitudes fundamentais a abertura, a flexibilidades, a capacidade de observação e de interação com o grupo de investigadores e com os atores sociais envolvidos”, ou seja, entrevistamos aqueles sujeitos que estavam com disposição de serem entrevistados tendo como base a noção de sua memória discursiva das várias edições do VER-SUS em que haviam participado:

Mobiliza-se, assim, no interior da Análise do Discurso, a noção de memória discursiva. Essa noção implica o estatuto histórico do enunciado inserido nas práticas discursivas reguladas (...) (BRANDÃO, 1993, p.79).

Cabe mencionar que a Entrevistada A serviu como entrevista semiestruturada piloto. Com a realização da entrevista com esta sujeita de pesquisa pudemos reformular algumas das perguntas inicialmente aventadas chegando às perguntas inscritas conforme a Ilustração 10. Entrevistamos igualmente sujeito que foi comissão organizadora da Edição Verão 2015 VER-SUS da cidade de Novo Hamburgo (já que nesta edição o VER-SUS ocorreu segregado em duas vivências distintas junto à RMPA) onde não procedemos a observações participantes para que através do Entrevistado G pudéssemos apreender os significados que motivaram a segregação em distintas ocorrências do VER-SUS.

Desse modo realizamos ao todo quinze entrevistas semiestruturadas com quinze sujeitos em diferentes níveis de envolvimento com o projeto político do VER-SUS e que representam direta ou indiretamente os catorze cursos do campo da saúde. Cabe mencionar que não realizamos entrevista com nenhum sujeito cursante do curso de Biomedicina já que conforme Bonet (2004, p.17) nos preconiza “(...) na medicina superespecializada que hoje predomina no Ocidente, é a clínica que representa a biomedicina”. Em outras palavras, o curso da Biomedicina em suas formações discursivas e ideológicas se encontra em clara dicotomia com as proposta de articulações não hegemônicas da formação em saúde. Assim sendo diferente da Resolução nº. 287/1998 do Conselho Nacional de Saúde do Brasil, preferimos entrevistar um sujeito cursante do curso de Saúde Pública da UFRGS ao invés de um sujeito cursante do curso de Biomedicina de qualquer outra universidade, para alcançar aquilo que os metodólogos conceituam como “ponto de saturação do sentido”:

Tendo utilizado como critério central para decidir se precisarei ou não de mais sujeitos o que Gaskell (2008, p.71) chamou de “ponto de saturação do sentido”, ou seja, começo as entrevistas sem um número predefinido de participantes, e quando não obtenho mais novos dados ou percebo uma homogeneidade nas narrativas, encerro as entrevistas (LIMA, 2014, p.27).

Como em nosso caso o tema de pesquisa visa recobrir a formação em saúde onde a mesma é pressuposta nos referidos catorze cursos atinentes ao campo da saúde, nosso “ponto de saturação de sentido” foi justamente tentar alcançar a representatividade de cada posição de sujeito que compõe e participa desta interação denominada VER-SUS com o ponto de vista de sua determinada formação cursante junto ao campo da saúde.

As quinze entrevistas semiestruturadas que realizamos conforme já indicamos foram realizadas com o aporte de um gravador de som. Apesar de várias críticas terem sido realizadas as divergências quase sempre existentes entre o dito e o transcrito; defendemos assim como Thiollent (2009, p.82) que se impera uma “(...) questão normativa, que sempre se manifesta na articulação da pesquisa e da ação, é controlada pelos pesquisadores por meio da deliberação coletiva e submetida à aprovação dos grupos (...) implicados”. Desse modo logo após a transcrição das entrevistas semiestruturadas realizadas efetuamos logo em seguida o envio da mesma para aprovação dos sujeitos entrevistados e de suas falas transcritas:

Embora exista uma grande discussão sobre o uso ou não da gravação, tenho seguido o que é sugerido para as pesquisas dessa natureza (Freitas, 2006; Merhy; Holanda, 2007; Jovchelovitch; Bauer, 2008; Minayo, 2010), ou seja, realizado os registros das narrativas com auxílio do gravador, transcrevendo literalmente o conteúdo das entrevistas e apresentando a transcrição para os participantes – tanto para receber autorização de uso do conteúdo quanto para esclarece alguns pontos obscuros (LIMA, 2014, p.27).

Com as observações participantes descritas nos diários de campo e as entrevistas semiestruturadas gravadas teremos aquilo que como “(...) enfatizou a Escola Francesa (...) pode constituir um *corpus* (IÑIGUEZ, 2004, p.131)” de pesquisa, que conforme Iñiguez (2004, p.131) “(...) são possíveis conversações transcritas, interações institucionais transcritas, entrevistas transcritas” para obter os dados para a AD na tradição metodológica da ACD. A constituição de um *corpus* abrange, portanto uma gama bem variada de dados a serem obtidos junto ao campo de pesquisa. Optamos por não incluir dados documentais em nossos dados apesar da variedade de documentos produzidos pelos sujeitos de pesquisa, tendo em vista que os documentos oficiais do projeto político denominado VER-SUS já foram utilizados quando apresentamos a historiografia do mesmo no capítulo precedente a este.

A perspectiva do(a) especialista e dos pesquisados é também importante na seleção de dados, na construção de um *corpus* de amostras de discurso e na decisão dos dados suplementares a serem coletados e usados (FAIRCLOUGH, 2001, p.277).

A AD enquanto um tipo específico de pesquisa consegue através da textualidade dos diferentes documentos escritos e transcritos comporem um *corpora* linguístico com os dados obtidos para serem analisados através da perspectiva da ACD. Em nossa pesquisa iremos “(...) codificar um *corpus* inteiro ou grande parte dele, em termos amplos, talvez resumindo o discurso ou codificando-o em tópicos (FAIRCLOUGH, 2001, p.281)” conforme as categorias conceituais que expressamos anteriormente: FD, FI, ADI e AID.

A palavra *corpus* (latim; plural *corpora*) significa simplesmente corpo. Nas ciências históricas, ela se refere a uma coleção de textos. (...) Em resumo, embora signifique em textos mais antigos um “corpo de um texto”, implique a coleção completa de textos, de acordo com algum tema comum, mais recentemente o sentido acentua a natureza proposital da seleção, e não apenas de textos, mas também de qualquer material com funções simbólicas (...). O *corpus* linguístico, contudo, oferece uma discussão mais sistemática. O que são *corpora* de linguagem? *Corpora* no sentido linguístico, são coleções de dados de linguagem que servem para vários tipos de pesquisa (BAUER; GASKELL, 2002, p.44-45, grifos dos autores citados).

O método da AD na tradição metodológica da ACD possibilita revelar os sentidos aparentemente cindidos das FD's e das FI's estabelecidas como hegemonia, mas também intentamos revelar as significações significantes das AID's e das ADI's em suas possibilidades de transformação dos espaços discursivos existentes junto ao VER-SUS:

Nesses espaços discursivos (que mais acima designamos como “logicamente estabilizados”) supõe-se que todo sujeito falante sabe do que se fala, porque todo enunciado produzido nesses espaços reflete propriedades estruturais independentes de sua enunciação: essas propriedades se inscrevem, transparentemente, em uma descrição adequada do universo (tal que este universo é tomado discursivamente nesses espaços) (PÊCHEUX, 1990, p.31).

Nossa intenção de estudo ao pretender pesquisar e revelar o que o que está “(...) em jogo é a *identidade* de um sujeito, de uma coisa ou de um acontecimento com respeito à questão da interpelação identificação ideológica (...)” (PÊCHEUX, 1995, p.156) que ocorre com os sujeitos que participam do VER-SUS. Optamos por analisar em termos discursivos os elementos ideológicos das práticas estatais, universitárias, sociais e midiáticas presentes junto à formação em saúde já que mesmo “(...) se não houver possibilidade de completa identidade, deve se procurar saber, pelo menos, quais são as zonas de possível entendimento (THIOLLENT, 2009, p.120)” sobre que discursos são estes explicitados pelos sujeitos que participam do denominado projeto político VER-SUS.

6. VIVÊNCIAS E ESTÁGIOS ENQUANTO PRÁTICA DISCURSIVA

No presente capítulo faremos a análise dos dados coletados nas observações participantes descritas nos diários de campo e nas entrevistas semiestruturadas gravadas. Para melhor apresentação dos dados e análise correspondentes, subdividimos o capítulo em dois para apresentarmos primeiramente as observações participantes descritas nos diários de campo junto ao subcapítulo intitulado “*Vivenciais Observações Participantes*”, e em segundo lugar as gravadas entrevistas semiestruturadas no subcapítulo intitulado “*Vivenciais Entrevistas Semiestruturadas*”.

6.1 VIVENCIAIS OBSERVAÇÕES PARTICIPANTES

Nossa participação junto às instâncias de participação e organização do denominado projeto político pesquisado, como já havíamos pontuado anteriormente, não se daria pela primeira vez durante a edição do VER-SUS Verão de 2015 junto à cidade de Porto Alegre / Cachoerinha ora descrito e analisado. Nosso envolvimento com o projeto se deu como participante vivente na Edição de Verão em 2013 e como facilitador nas edições de Inverno em 2013 e de Verão em 2014. Portanto as práticas discursivas do projeto político analisado não nos são estranhas em suas significações e estão devidamente justificadas em termos metodológicos conforme o capítulo precedente.

Iniciamos os registros das observações participantes junto ao diário de campo designado para tal utilização na reunião ocorrida no dia 07 de dezembro de 2014 na casa de uma das coordenadoras do coletivo estudantil – Elos Coletivo – que vinha organizando o VER-SUS junto às cidades da RMPA. Encerramos os registros junto ao diário de campo na data que encerrou a edição do VER-SUS Verão de 2015 nas cidades de Porto Alegre e Cachoerinha, ou seja, no dia 28 de janeiro de 2014. Nesse período de tempo descrito junto ao nosso diário de campo temos o registro das seguintes ocorrências:

- a) Reunião em 07/12/2014 do Elos Coletivo para ocorrência do VER-SUS Verão 2015;
- b) Reunião em 15/12/2014 da Comissão Organizadora do VER-SUS Verão 2015;
- c) Seleção dos Viventes em 10/01/2015 na Usina do Gasômetro em Porto Alegre;
- d) Reunião de Facilitadores no dia 15/01/2015;
- e) VER-SUS Verão 2015 Porto Alegre e Cachoerinha de 16 à 28/01/2015

Desse modo temos registros de observações participantes de cada uma das práticas discursivas básicas necessárias para a realização do VER-SUS. Evidencia-se é claro que com somente duas reuniões, uma reunião do coletivo estudantil e uma reunião da comissão organizadora, não são suficientes para que toda a estruturação necessária à realização do denominado projeto político descrito ocorra. Mas, para fins de registro e análise na presente pesquisa, concentramos nossa participação nas duas reuniões mais eminentes perante a realização da edição do VER-SUS ora analisado.

A reunião realizada no dia 07 de dezembro de 2014, na casa da então uma das coordenadoras do Elos Coletivo, não se tinha como pauta exclusiva a ocorrência da Edição do VER-SUS de Verão em 2015. Grande parte dos coletivos estudantis do campo da saúde existentes no Rio Grande do Sul, assim como o Elos Coletivo, objetivam outras práticas discursivas para além da organização das edições do VER-SUS. Mas se atendo especificamente a pauta que fez menção as articulações discursivas e ideológicas de organização do VER-SUS, os sujeitos evidenciaram as seguintes enunciações:

- a) Relatos sobre as relações do Elos Coletivo com aparatos institucionais estatais municipais;
- b) Relatos sobre as relações do Elos Coletivo com aparatos institucionais comerciais para obtenção de orçamentos para transporte / alimentação;
- c) Relatos sobre as relações do Elos Coletivo com aparato institucional social da Rede Unida;
- d) Relatos sobre as relações do Elos Coletivo com aparatos de movimentos sociais;
- e) Relatos sobre as relações do Elos Coletivo com aparatos comunitários, sindicais e religiosos para alojamento do viventes;

Como podemos perceber uma série de articulações discursivas e ideológicas são enunciadas pelos sujeitos do Elos Coletivos posicionados junto à comissão organizadora do VER-SUS. É atribuído ao ME organizado através de coletivos estudantis esta série de articulações ideológicas para que o denominado projeto político do VER-SUS ocorra envolvendo distintos elementos (aparatos institucionais municipais, comerciais, sociais, comunitários, sindicais, religiosos e outros possíveis) em um mesmo ponto nodal significante. Aspecto interessante de se mencionar é que até a vivência anterior a presentemente relatada, as articulações com aparatos institucionais para alojamento dos viventes durante os dias de VER-SUS ocorriam de forma capitalista em hotéis e assemelhados. A partir desta vivência a Rede Unida e o ME participante se propuseram, junto à cidade de Porto Alegre e Cachoeirinha tencionarem alojamentos junto a aparatos sindicais, comunitários e religiosos.

A reunião do dia 15 de dezembro de 2014 com a Comissão Organizadora do VER-SUS Verão 2015 ocorreu junto à sede da Rede Governo Colaborativo em Saúde / UFRGS. A reunião contou com a participação dos seguintes sujeitos: dois estagiários representantes do aparato institucional social da Rede Unida, representantes das gerências distritais sanitárias do aparato institucional estatal municipal de Porto Alegre, representante do aparato institucional estatal municipal de Cachoeirinha; dois representantes do Elos Coletivo, um estudante do mestrado em Saúde Coletiva da UFRGS que também pesquisa o VER-SUS, e a nossa participação como observador participante.

Os antecedentes da referida reunião em questão acabaram confirmando a segregação das vivências junto a RMPA. Como anteriormente postulado, o Elos Coletivo organizava o VER-SUS na RMPA, o que incluía geralmente equipes vivenciais distribuídas nos oito distritos sanitários da cidade de Porto Alegre e em mais oito cidades da RMPA. Devido a uma série de desarticulações que aconteceram entre os estudantes envolvidos com a organização da edição do VER-SUS de Verão em 2015, os estudantes da Universidade Feevale resolveram articular uma vivência junto à cidade de Novo Hamburgo distinta da vivência que ocorreria na cidade de Cachoeirinha e distritos sanitários de Porto Alegre. Ainda foi tencionada uma reaproximação por parte do aparato institucional social da Rede Unida – como evidenciou o entrevistado G (ver subcapítulo seguinte) – no que condissesse a programação articulada discursivamente junto aos finais de semana. Entretanto esta rearticulação fracassou em seu intento fazendo com que o denominado projeto político VER-SUS em sua Edição do Verão de 2015 pela primeira vez contasse com a organização de dois coletivos estudantis realizando vivências totalmente distintas em termos de programação e ocorrência junto a RMPA.

A pauta da referida reunião em questão tratou justamente dos últimos detalhes para ocorrência do projeto político denominado VER-SUS junto à cidade de Cachoeirinha e os distritos sanitários de Porto Alegre - POA:

- a) Definição sobre segregação VER-SUS POA/Cachoeirinha do VER-SUS Novo Hamburgo;
- b) Definição da programação geral similar perante as gerências distritais sanitárias de POA;
- c) Definição dos alojamentos vivenciais nos aparatos sindicais, comunitários e religiosos;
- d) Definição do espaço vivencial de alojamento dos viventes nos finais de semana;
- e) Definição da entrega do projeto com respectivos orçamentos de alimentação / transporte;
- f) Definição dos espaços vivenciais junto aos aparatos dos movimentos sociais;

Para além das definições pautadas e acordadas pela comissão organizadora do VER-SUS de Verão em 2015 acima citadas, várias outras enunciações foram proferidas pelos sujeitos dando conta de uma série de articulações ideológicas que deveriam ser levadas em conta durante a realização da vivência em questão. As articulações ideológicas que motivaram maiores debates entre os participantes foram: a) segregação entre o VER-SUS POA/Cachoerinha e o VER-SUS Novo Hamburgo no que tangia a todas as tentativas da Rede Unida de querer evitar a desarticulação da organização vivencial em duas; b) necessidade de entrega dos orçamentos de alimentação / transporte juntamente com o projeto seguindo todos os meandros formais e burocráticos solicitados pelo aparato institucional social da Rede Unida; c) impossibilidade de determinados debates junto aos aparatos municipais de POA.

No debate sobre as necessidades burocráticas solicitadas pela Rede Unida, os representantes do referido aparato institucional social enunciaram as condições com as quais articulavam ideologicamente o denominado projeto político VER-SUS em várias realidades brasileiras. Segundo os mesmos, eles compunham uma equipe de apenas cinco estagiários que orientavam aproximadamente noventa vivências em território brasileiro com o suporte de algumas instâncias como a Rede Governo Colaborativo em Saúde / UFRGS. Respondiam em termos burocráticos aos critérios de liberação financeira estipulados pela OPAS e pelo Ministério da Saúde. Dessa forma todas as exigências formais e burocráticas na prestação de contas dos projetos e orçamentos entregues pelos diferentes coletivos estudantis seriam remetidos ao crivo da OPAS (agência transnacional) e do Ministério da Saúde (aparato institucional estatal) por intermédio da Rede Unida (aparato institucional social) através de seu reduzido número de cinco estagiários representantes. Relevante e digno de nota ainda o é que muitos destes estagiários que compõem e representam a Rede Unida, perante os coletivos estudantis que organizam o denominado projeto político, já foram em muitos dos casos, estudantes engajados anteriormente em práticas discursivas militantes no campo da saúde muito similares ao VER-SUS, quando não do próprio VER-SUS:

É relevante analisar não apenas a entrada de militantes para os órgãos governamentais e as pontes estabelecidas entre os movimentos sociais e o Estado, mas também os significados atribuídos às ações que tais interações propiciam e os condicionantes da ação desses atores no interior das hierarquias institucionais (MACHADO, 2014, p.143).

Ocorreria ainda um encontro posterior da Comissão Organizadora para entrega dos orçamentos de alimentação / transporte e do projeto com as definições programáticas da vivência articuladas ideologicamente pelos estudantes do Elos Coletivo que não observamos.

A seleção dos viventes ocorrida em 10 de janeiro de 2015 na Usina do Gasômetro em POA é um momento que antecede a ocorrência de algumas vivências e que é oportunizado por alguns coletivos estudantis a fim de criterizar os reais interessados em participar do VER-SUS. O Elos Coletivo tendo em vista que em algumas edições do VER-SUS que organizaram aparentemente contavam com um número maior de inscritos interessados do que de reais vagas existentes, realizavam este momento de seleção dos viventes para que os interessados de fato comparecessem em detrimento daqueles que haviam apenas se inscrito sem um real interesse de participarem. Com o passar das edições, entretanto, a seleção dos viventes acabou tendo muito mais um caráter de interação entre futuros facilitadores e futuros viventes no que condiz a futura composição das equipes vivenciais com repasse de informações aos viventes, do que uma seleção propriamente dita dos sujeitos que participam do VER-SUS. Até porque, quase todas as últimas edições de retomada do denominado projeto político tiveram a participação de sujeitos advindos de outros estados (catarinenses, paranaenses, paulistas, cariocas, mineiros e outros) e até de outros países (uruguaios, argentinos, paraguaios, italianos e outros) que necessariamente por questões de data e disponibilidade não tinham como participar das seleções de viventes realizadas pelo Elos Coletivo.

A referida seleção de viventes observada ocorreu em um local amplo e acessível assim como já foram utilizados o Ginásio da Brigada Militar de Porto Alegre, o Centro Desportivo da UNISINOS, e outros espaços possíveis e disponíveis aos coletivos de estudantes de forma gratuita. Estudantes universitários integrantes da comissão organizadora e outros sujeitos participantes que facilitariam na vivência em questão estavam na Usina do Gasômetro para que juntamente com os interessados que para lá se direcionassem, realizassem dinâmicas de grupo para interação dos mesmos. Durante as dinâmicas de interação os sujeitos da comissão organizadora e prováveis futuros facilitadores orientavam os prováveis futuros viventes para se apresentarem, interagirem e enunciarem todos os questionamentos que pudessem ter com respeito à ocorrência da vivência. Transcorridos estes momentos de interação entre comissão organizadora e prováveis futuros facilitadores com prováveis futuros viventes, os primeiros se direcionaram a um local apropriado para que as equipes de facilitação fossem compostas. As práticas discursivas de composição das equipes de vivência junto ao denominado projeto político VER-SUS quase sempre posicionam os sujeitos em contexto de maior estranhamento e interdisciplinaridade. Desse modo as nove equipes que participariam do VER-SUS Edição Verão 2015 POA/Cachoerinha foram compostas levando em conta a procedência e os cursos dos viventes para que ficassem em contextos de vivência com maior diversidade possível.

A formação de facilitadores em 15 de janeiro de 2015 do VER-SUS Edição de Verão POA/Cachoerinha ocorreu na Federação dos Empregados em Estabelecimentos e Serviços de Saúde do Rio Grande do Sul – FEESERS. A FEESERS assim como a Associação Comunitária da Vila São Judas Tadeu – AMOVITA e a Paróquia Santa Catarina serviram como aparatos institucionais sindicais, comunitários e religiosos para alojamento dos sujeitos viventes e facilitadores da vivência em questão durante os dias úteis de vivência. Os sujeitos viventes e facilitadores nos finais de semana, em decorrência dos preços acessíveis de acomodação e alimentação, ficaram no Centro de Evangelização Padre Arturo - CEPA. Segundo a dissertação de mestrado de José Silon Ferreira (2014, p.70) o CEPA “(...) funciona, em grande medida, como uma casa de retiro localizada na Rua Rio Paraguaçu, nº. 220, no bairro Arroio da Manteiga, em São Leopoldo - RS”. Ferreira (2014, p.71) ainda acrescenta que o referido aparato institucional religioso ligado a Teologia da Libertação serve como Centro de Formação Teológica – CMFT e como Fraternidade Apostólica da Boa Nova – FABN:

O CEPA, basicamente, é a estrutura física onde o CMFT e a FABN funcionam especialmente como casa de retiro. A CMFT é entidade responsável pela organização e execução efetiva dos encontros, cursos, seminários, etc. Já a FABN é uma associação de clérigos e leigos da qual uma boa parte dos frequentadores CMFT fazem parte (FERREIRA, 2014, p.71)⁶¹.

A ideia inicial inclusive era de que acaso não houvesse tido a desarticulação do VER-SUS do Verão de 2015 em POA/Cachoerinha com o VER-SUS do Verão de 2015 em Novo Hamburgo, os finais de semana de ambas as vivências fossem integrados e ocorressem junto a CEPA, o que faria com que ambas as vivências fossem consideradas um só e não duas como ocorreu. Não compartilhando as mesmas programações articuladas discursivamente e ideologicamente aos finais de semana, as referidas vivências foram tratadas como formações ideológicas e discursivas distintas pelos aparatos institucionais estatais, universitários, sociais e outros envolvidos com o referido projeto político em sua ocorrência ora descritos.

A formação de facilitadores é um momento que pode ocorrer geralmente na eminência da vivência ou até mesmo em um período bem anterior a mesma. Sendo o VER-SUS considerado em nossa análise como um ponto nodal de disputa das diferentes práticas discursivas, depende das articulações discursivas enunciadas pelos sujeitos posicionados na organização do referido projeto político que evidenciarão as articulações ideológicas propícias para ocorrência da formação de facilitadores. Em alguns contextos de vivência a formação de facilitadores nem ocorre.

⁶¹ Citação retirada da nota de rodapé do referido autor citado.

No caso da formação de facilitadores ocorrida para o VER-SUS do Verão de 2015 em POA/Cachoerinha esperou-se que todos os facilitadores inscritos e selecionados para a facilitação no referido projeto político estivessem presentes. Os facilitadores assim como os viventes são “selecionados” conforme inscrição no portal do Observatório de Tecnologias em Informação e Comunicação em Sistemas e Serviços de Saúde – OTICS. O portal OTICS constituído como uma parceria entre o Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde – ICICT da Fiocruz com a UFRGS serve enquanto referência virtual de práticas discursivas para inscrição, seleção e prestação de contas dos sujeitos facilitadores e viventes junto ao denominado projeto político VER-SUS.

A seleção dos facilitadores e viventes através do portal OTICS se dá mediante o cadastramento pessoal dos sujeitos interessados no denominado projeto político VER-SUS. Para além de um simples cadastramento, a inscrição dos facilitadores e viventes junto ao portal OTICS perpassa também informações subjetivas das predisposições de engajamento junto ao ME ou em outros movimentos sociais dos sujeitos em questão. Estas informações subjetivas são repassadas pelo OTICS através da Rede Unida à cada comissão organizadora correspondente. Assim sendo, cada vivente ou facilitador inscrito junto ao portal OTICS, interessado em determinado projeto político vivencial, fornece a comissão organizadora correspondente de seu interesse, os dados pessoais de suas predisposições enunciativas em querer participar do VER-SUS.

Inicialmente esperava-se que os sujeitos facilitadores sempre já tivessem tido algum tipo de experiência anterior, não somente no VER-SUS, como igualmente em outros contextos similares de vivência da realidade social brasileira junto a algum movimento social brasileiro. Na recente rearticulação do VER-SUS, entretanto surgiram espaços para que sujeitos ainda inexperientes de práticas discursivas similares ao VER-SUS também assumissem o posicionamento de sujeitos facilitadores junto ao denominado projeto político.

A formação dos facilitadores em questão contou com a participação inicial de aproximadamente dezesseis sujeitos incluindo o pesquisador observante entre eles. Alguns destes facilitadores ficaram com a incumbência de facilitarem sozinhos suas equipes em decorrência da desistência de outros facilitadores inscritos. A referida formação contou também com a participação de uma representante do aparato institucional social da Rede Unida. A participação desta representante da Rede Unida na formação dos facilitadores objetivava justamente através das últimas definições e acordos estabelecer as práticas discursivas que seriam adotadas para superar as articulações ideológicas que não realizadas.

O VER-SUS Edição Verão 2015 POA/Cachoerinha como já enunciado anteriormente ocorreu de 16 a 28 de janeiro de 2015. A vivência contou com a participação aproximada de cinquenta sujeitos (dezesesseis facilitadores + trinta e quatro viventes) distribuídos em nove equipes que seriam contextualizados nas seguintes realidades sanitárias municipais e distritais:

- 1) Equipe Cachoerinha: dois facilitadores + quatro viventes;
- 2) Equipe Leste Nordeste – LENO: um facilitador + quatro viventes;
- 3) Equipe Navegantes, Humaitá e Ilhas – NHNI: dois facilitadores + quatro viventes;
- 4) Equipe Norte, Eixo e Baltazar – NEB: dois facilitadores + quatro viventes;
- 5) Equipe Glória, Cruzeiro e Cristal – GCC: dois facilitadores + três viventes;
- 6) Equipe Sul, Centro e Sul – SCS: uma facilitadora + quatro viventes;
- 7) Equipe Centro: dois facilitadores + três viventes
- 8) Equipe Partenon e Lomba do Pinheiro – PLP: dois facilitadores + três viventes
- 9) Equipe Restinga: dois facilitadores + cinco viventes

Desse total de sujeitos participantes tivemos a representação dos seguintes cursos universitários do campo da saúde e de outros campos disciplinares:

- a) Dezenove sujeitos estudantes em Psicologia;
- b) Doze sujeitos estudantes em Enfermagem;
- c) Quatro sujeitos estudantes em Medicina;
- d) Dois sujeitos estudantes em Educação Física (italianos);
- e) Dois sujeitos estudantes em Fisioterapia;
- f) Dois sujeitos estudantes em Fonoaudiologia;
- g) Dois sujeitos estudantes em Nutrição
- h) Dois sujeitos estudantes em Saúde Coletiva;
- i) Dois sujeitos estudantes em Administração
- j) Um sujeito formado em Biologia (igualmente estudante de Enfermagem);
- k) Um sujeito estudante em Veterinária (igualmente estudante de Enfermagem);
- l) Um sujeito estudante técnico em Radiologia;
- m) Um sujeito estudante em Geologia;
- n) Um sujeito mestrando em Ciências Sociais;

Desse modo tínhamos uma diversidade considerável de formações acadêmicas distribuídas entre as nove equipes de vivência compostas. Nesta edição do VER-SUS não tínhamos os seguintes cursos considerados como sendo pertinentes ao campo da saúde conforme as resoluções nacionais: Biomedicina, Farmácia, Odontologia, Serviço Social e Terapia Ocupacional. Igualmente se percebe que se comparado às vivências anteriores do VER-SUS organizado junto a RMPA, a ocorrência do projeto político descrito na presente pesquisa reduziu consideravelmente o número de participantes e o de cidades vivenciadas. Vários motivos discursivos poderiam ser enunciados para justificar tal situação.

Uma das enunciações possíveis seria a própria alteração da proposta das articulações discursivas do aparato institucional social da Rede Unida de que as articulações ideológicas de hospedagem deveriam ocorrer com aparatos institucionais sociais, sindicais, religiosos ou outros possíveis em detrimento das práticas discursivas capitalistas que eram desenvolvidas com aparatos institucionais hoteleiros até então. Tal alteração enunciativa na articulação discursivas enunciada pela Rede Unida enquanto articulação ideológica a ser estabelecida pelo ME, demandou por parte do Elos Coletivo muito maior tempo para que aparatos institucionais sociais, sindicais, religiosos e outros possíveis fossem articulados enquanto espaços contextuais para alojamento dos viventes. O Elos Coletivo dessa forma talvez não pode através de seus sujeitos representantes estabelecer articulações ideológicas com aparatos institucionais estatais de outras cidades para além de Porto Alegre e Cachoeirinha, tendo em vista que somente a cidade de Porto Alegre já demandou consideráveis articulações ideológicas.

Outra enunciação possível poderia decorrer da própria estruturação do Elos Coletivo que recentemente havia perpassado seu 1º Fórum Nacional Elos ocorrido nos dias 12 a 14 de dezembro de 2015. O referido fórum também ocorreu junto à sede da CEPA, assim como os finais de semana da referida vivência dissertada. Na verdade a escolha da CEPA em São Leopoldo como local de vivência durante os finais de semana do VER-SUS Edição de Verão em 2015 decorreu justamente das possibilidades facilitadas que foram aventadas durante a realização do 1º Fórum Nacional Elos. O 1º Fórum Nacional Elos objetivava estabelecer mesmo que precariamente as articulações discursivas e ideológicas que o coletivo estudantil em saúde adotaria dali em diante. Sujeitos de outros estados brasileiros identificados com as práticas discursivas do Elos Coletivo vieram até São Leopoldo justamente para decidirem que articulações práticas adotariam junto ao campo da saúde tendo em vista que vários de seus integrantes estavam se formando em seus cursos universitários, deixando com isso de atuarem consequentemente nos contextos que estavam mais familiarizados: o contexto universitário.

Ilustração 18: Cartaz convocatório para o 1º Fórum Nacional Elos



Fonte: Rede Social do Facebook e disponível no blog do Elos Coletivo (<http://eloscoletivo.wix.com/elos>)

Analisando o cartaz convocatório para o 1º Fórum Nacional do Elos percebemos que o mesmo se propôs a superar os limites geográficos de sua organização junto a RMPA. Eventos como o 11º Congresso da Rede Unida e o intercâmbio de viventes e facilitadores nas ações do Elos Coletivo fizeram com que sujeitos de outros estados também se implicassem não apenas com as práticas identificatórias do VER-SUS, mas com as práticas identificatórias do Elos Coletivo em seu modo de agir junto ao campo da saúde.

Percebemos igualmente que a perspectiva prática do Elos Coletivo já vinha de uma trajetória de dois anos de existência em que seu discurso vinha não somente articulando o projeto VER-SUS junto a RMPA, como também vinha problematizando questões muito pertinentes ao campo sanitário como o respeito à diversidade de gênero e sexualidade que é expressa no significante “Elas, Eles, Elxs” inscrito na ilustração acima.

Conforme menções anteriores, o Elos Coletivo assim como os demais coletivos estudantis que iniciaram suas trajetórias a partir da retomada do VER-SUS Brasil em 2011 tencionaram outras práticas articulatórias para além do referido projeto político. Em distintas situações muitos deles conseguiram mobilizar sujeitos para que houvesse participação estudantil em espaços de controle social do campo da saúde e em atividades da Semana da Saúde. Entretanto os sujeitos de tais coletivos ao perceberem as incompletudes de suas ações tencionaram eventos tais como o 1º Fórum Nacional Elos Coletivo para traçarem seus próprios projetos políticos ou algo correlato a isso. O Elos Coletivo não conseguiu sair de seu 1º Fórum Nacional com um projeto político definido. A ausência de definição das dicotomias antagonicas das práticas do Elos Coletivo se refletiu de certa forma na vivência observada.

Vários discursos podem disputar a composição dos elementos que estabeleceram o pontos nodais do VER-SUS realizado no Verão de 2015 nas cidades de POA/Cachoerinha entre os dias 16 a 28 de janeiro de 2015. Até porque a impressão de cinquenta sujeitos universitários em distintas relações vivenciais com outros sujeitos representantes dos aparatos institucionais estatais, sociais, universitários e outros possíveis pode enunciar uma gama bem variada de articulações discursivas acerca do objeto de estudo que estamos a dissertar.

Nosso posicionamento discursivo é fundamentado nas premissas teóricas, conceituais, historiográficas e metodológicas que precederam o presente dissertar. Tendo em vista estes posicionamentos, participamos enquanto mestrando em Ciências Sociais que estuda o campo da formação dos trabalhadores em saúde como sujeito facilitador junto ao denominado projeto político VER-SUS Edição do Verão de 2015 ocorrido nas cidades POA e Cachoerinha.

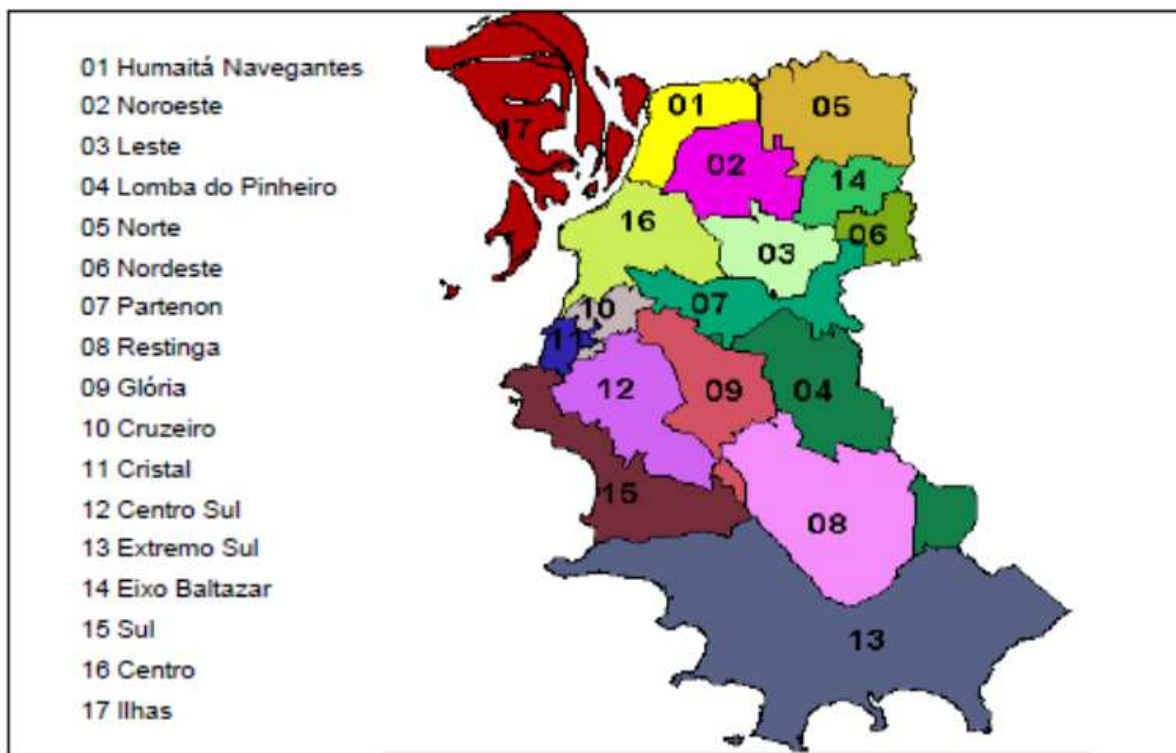
O posicionamento de observador participante veio a corroborar não somente com a nossa aceitação no grupo considerado, mas também para auxiliar no descrever da presente pesquisa tendo como base as premissas metodológicas que já apresentamos. A participação do sujeito pesquisador visa auxiliar no entendimento das cadeias de significação que são enunciadas junto ao contexto de pesquisa.

Conforme Thiollent (2009, p.53) de “(...) acordo com o princípio de participação, são destacados as condições da colaboração entre pesquisadores e pessoas ou grupos envolvidos na situação investigada”, sendo nesse caso a participação, sobretudo a participação “(...) dos pesquisadores e consiste em aparente identificação com os valores e os comportamentos que são necessários para a sua aceitação pelo grupo considerado (THIOLLENT, 2009, p.17)”.

O vivenciado distrito sanitário LENO é um dos oito distritos sanitários da capital gaúcha que em estruturação efetuada pelo aparato institucional estatal municipal abrange sempre mais de um distrito político e correspondentes bairros em suas delimitações. O distrito sanitário LENO compreende os Bairros Três Figueiras, Chácara das Pedras, Vila Jardim, Bom Jesus, Jardim do Salso, Jardim Carvalho, Jardim Sabará e Morro Santana do Distrito Leste; e o bairro Mario Quintana do Distrito Nordeste conforme evidenciam as ilustrações abaixo:

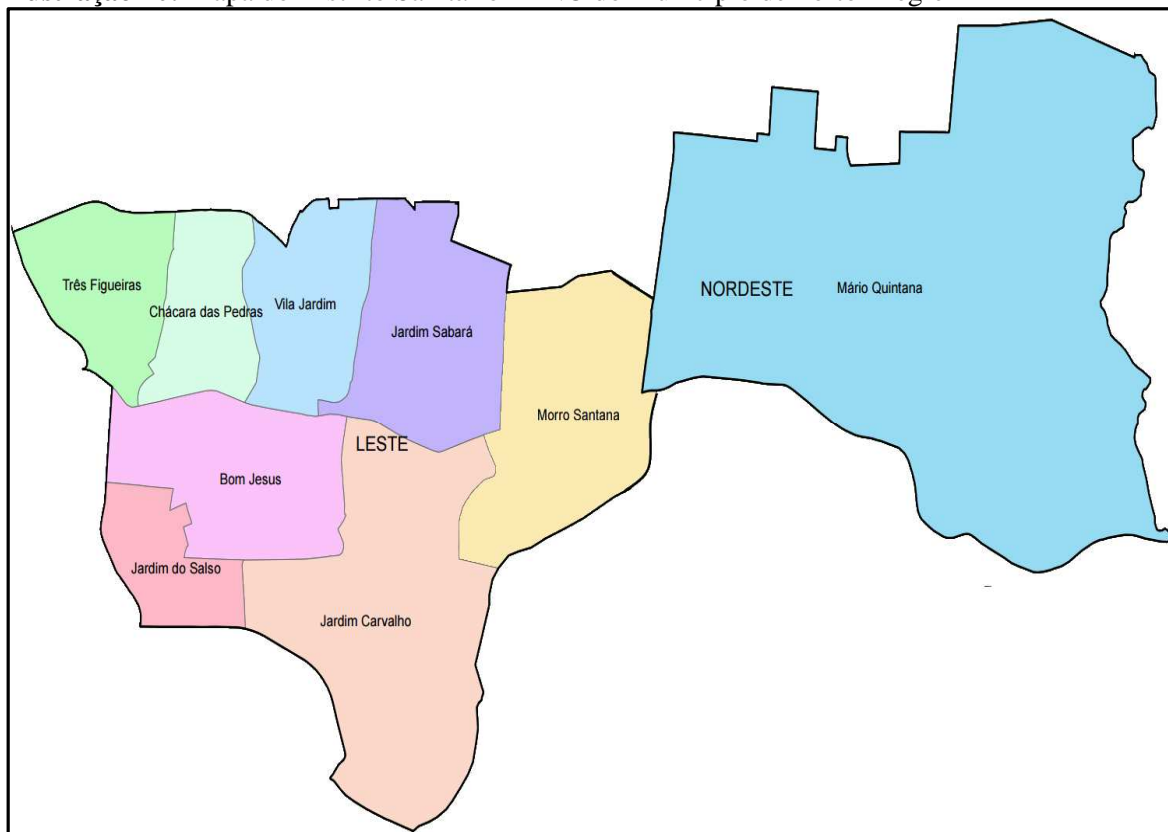
O distrito sanitário LENO segundo informações prestadas pelo aparato institucional estatal municipal compreende as seguintes unidades de saúde: Centro de Saúde Bom Jesus, ESF Batista Flores, ESF Jardim Carvalho, ESF Jardim da Faculdade de Porto Alegre – FAPA, ESF Protásio Alves, ESF Laranjeiras, ESF Mato Sampaio, ESF Milta Rodrigues, ESF Safira, ESF Safira Nova, ESF Tijuca, ESF Timbaúva, ESF Vila Brasília, ESF Vila Pinto, ESF Wenceslau Fontoura, UBS Chácara da Fumaça, UBS Morro Santana e UBS Vila Jardim.

Ilustração 19: Mapa dos Distritos Políticos do Município de Porto Alegre



Fonte: PROCEMPA.

Ilustração 20: Mapa do Distrito Sanitário LENO do Município de Porto Alegre



Fonte: PROCEMPA.

A equipe LENO da qual participamos vivenciou assim como as demais equipes, treze dias de um cronograma onde os finais de semana eram compartilhados e os demais dias da semana eram distintos tendo em vista cada uma das realidades distritais sanitárias de Porto Alegre ou da realidade municipal de Cachoerinha. Abaixo o cronograma da equipe LENO:

Ilustração 21: Tabela com o Cronograma de Vivência da Equipe LENO Verão 2015

Cronograma de Vivência Equipe LENO Verão 2015	Atividade da Manhã	Atividade da Tarde	Atividade da Noite
1) Sexta-feira 16/01/2015	Acolhimento dos Viventes junto a Praça da Prefeitura Municipal de Porto Alegre	Composição das Equipes de Facilitadores / Viventes no Parque Farroupilha (Redenção)	Acomodação das Equipes na CEPA em São Leopoldo
2) Sábado 17/01/2015	Rodas de Conversa e Jogos do SUS no Salão de Eventos da CEPA	Roda de Conversa: Sexo e Gênero no Salão de Eventos da CEPA	Sarau Cultural no Salão de Eventos da CEPA
3) Domingo 18/01/2015	Contato com a Plataforma OTICS na CEPA - São Leopoldo	Contato com a Plataforma OTICS na CEPA – São Leopoldo	Acomodação das Equipes em seus alojamentos distritais / municipais
4) Segunda-feira 19/01/2015	<u>Seminário Integrador</u> da SMS de POA no Hospital Presidente Vargas	Seminário Integrador da SMS de POA no Hospital Presidente Vargas	Roda de Conversa e Debate Político na Paróquia Santa Catarina
5) Terça-feira 20/01/2015	Acolhimento na Gerência LENO ocorrida na UBS Morro Santana	Vivência na USF Mato Sampaio, USF Milta Rodrigues e USF Jardim Protásio Alves	Roda de Conversa e Debate Político na Paróquia Santa Catarina
6) Quarta-feira 21/01/2015	Vivência no <u>Centro de Saúde</u> e na <u>UBS Bom Jesus</u>	Vivência no USF Tijuca, Villa Nova Chocolatão, Biblioteca Cirandar e Usina de Reciclagem	Roda de Conversa e Debate Político na Paróquia Santa Catarina
7) Quinta-feira 22/01/2015	Vivência na USF Barão de Bagé, UBS Vila Jardim e Equipe Especializada de Saúde da Criança e do Adolescente – EESCA	Vivência na ESF Jardim da FAPA e no Conselho Municipal de Saúde	Roda de Conversa e Debate Político na Paróquia Santa Catarina
8) Sexta-feira 23/01/2015	Vivência na <u>UBS Chácara da Fumaça</u> , CRAS Nordeste, Parque Chico Mendes	Devolutiva Parcial para a gerência distrital LENO na UBS Morro Santana	Acomodação das Equipes na CEPA em São Leopoldo
9) Sábado 24/01/2015	Roda de Conversas com Troca de Experiências Vivenciais	Roda de Conversas com Troca de Experiências Vivenciais	Festa Cultural no Salão de Eventos da CEPA
10) Domingo 25/01/2015	Confecção de Mandalas Artísticas na CEPA	Relatoria das Equipes na CEPA para apresentação na Devolutiva Final	Acomodação das Equipes em seus alojamentos distritais / municipais
11) Segunda-feira 26/01/2015	Vivências nos Movimentos Sociais: Utopia e Luta Urbana e Reserva Indígena Guarani	Vivências nos Movimentos Sociais: Utopia e Luta Urbana e Reserva Indígena Guarani	Acomodação das Equipes em seus alojamentos distritais / municipais
12) Terça-feira 27/01/2015	Vivência na Sede Campestre do Utopia & Luta	Vivência na Sede Campestre do Utopia & Luta	Acomodação das Equipes em seus alojamentos distritais / municipais
13) Quarta-feira 28/01/2015	Devolutiva Final para as gerências distritais de POA	Reunião com interessados em participar das próximas vivências	Despedidas Finais dos sujeitos viventes e facilitadores.

Fonte: Comissão Organizadora do VER-SUS POA/Cachoerinha Verão 2015/01.

Observação: Nos locais de atividade que estão sublinhados foram coletadas enunciações analisadas.

Tendo em vista o cronograma vivencial acima apresentado em relação à realidade das unidades de saúde existentes junto ao distrito sanitário LENO, percebemos que a vivência distrital ocorrida de fato entre os dias 20 a 23 de janeiro de 2015 (tendo em vista que os demais dias serviram para introdução – 16 a 19 de janeiro de 2015 –, relatorias vivências – 24 a 25 de janeiro de 2015 –, vivências extra distritais junto a movimentos sociais – de 26 a 27 de janeiro de 2015, e devolutiva final do projeto – dia 28 de janeiro de 2015) não conseguiu abarcar todas os espaços sanitários dos aparatos institucionais estatais do município circunscritas no território gerencial de saúde LENO de POA. Até porque, mesmo que tal intento fosse alcançado, ainda existiriam outros espaços sanitários que estariam circunscritos no mesmo território, mas que não estariam vinculados aos aparatos institucionais estatais.

O cronograma vivencial, ora analisado, foi constituído pela comissão organizadora, leia-se representantes dos aparatos institucionais estatais posicionados na gerência de seus distritos sanitários juntamente com os sujeitos estudantes integrantes do Elos Coletivo que se disponibilizaram a organizar a vivência em questão. Mesmo neste cronograma, se o analisarmos detidamente, perceberemos que algumas possibilidades vivenciais extrapolaram as unidades de saúde dos aparatos institucionais estatais do território gerencial sanitário. As atividades vivenciais estipuladas previamente no cronograma da equipe LENO junto a Biblioteca Cirandar e a Usina de Reciclagem, por exemplo, evidenciam que outros espaços para além dos espaços dos aparatos institucionais sanitários estatais podem ser articulados ideologicamente junto aos cronogramas formulados do projeto político ora pesquisado.

Dependendo do contexto onde se territorializa os cronogramas vivenciais, muitas vezes ocorre a inclusão de práticas discursivas que tentem extrapolar o contato apenas com a realidade sanitária dos aparatos institucionais estatais. Espaços sanitários estabelecidos junto a aparatos institucionais comunitários, sindicais, religiosos, quilombolas, indígenas, assistenciais, educacionais e outros possíveis quase sempre são incluídos nos cronogramas vivenciais acaso estejam articulados discursivamente com os sujeitos posicionados junto às gerências distritais de saúde ou com os estudantes participantes da comissão organizadora enquanto coletivo estudantil. O cronograma estabelecido para o VER-SUS do Verão de 2015 em POA/Cachoerinha além de estabelecer articulações ideológicas com aparatos sindicais (FESSERS), comunitários (AMOVITA) e religiosos (CEPA e Paróquia Santa Catarina) para alojamento dos viventes e facilitadores nos dias de semana e finais de semana; igualmente estabeleceu articulações ideológicas específicas de vivência (26 e 27 de janeiro de 2015) para que determinados movimentos sociais fossem conhecidos.

Conforme o cronograma apresentado, em princípio o primeiro contato dos sujeitos facilitadores com os sujeitos viventes de forma real e vivencial se dá na chegada dos mesmos em um determinado local de encontro. Geralmente a prática discursiva em questão vinha ocorrendo junto a Escola de Enfermagem da UFRGS. Na vivência descrita o local de encontro fora modificado para a praça em frente à Prefeitura Municipal de Porto Alegre, tendo em vista a proximidade que o referido local tinha do espaço em que se encontrava os facilitadores (FEESERS) desde a formação dos mesmos ocorrida no dia anterior. Para, além disso, a comissão organizadora pretendia dar um tom mais informal e relaxado ao primeiro contato dos viventes com seus facilitadores. Para isso a primeira reunião dos viventes com seus facilitadores ocorreu logo em seguida junto ao Parque Farroupilha (popularmente conhecido como “Redenção”). Normalmente o primeiro contato real e vivencial dos sujeitos viventes com os sujeitos facilitadores é precedido por contatos virtuais através das redes sociais e similares. Os sujeitos facilitadores recebem da comissão facilitadora um formulário com os dados cadastrais dos viventes que é composto com base na inscrição dos sujeitos viventes e posterior divisão das equipes realizadas na seleção presencial dos viventes.

Durante a vivência como um todo, gostaríamos de evidenciar a análise de momentos pontuais, que para além de uma simples descrição, chamaram nossa atenção para as enunciações proferidas pelos sujeitos posicionados junto às práticas discursivas ocorridas no VER-SUS do Verão de 2015 em POA/Cachoerinha. Nosso intento com isso não é desmerecer práticas dissertativas mais densas, fundamentadas em amplo etnografar, mas tendo como premissa a metodologia adotada queremos pontuar justamente o que objetivamos e não nos determos em descrições relatoriais que podemos encontrar facilmente no portal OTICS ou em eventos acadêmicos do campo da saúde onde o VER-SUS é objeto de estudo assim como no presente dissertar.

O primeiro momento pontual que gostaríamos de considerar é a afirmação enunciada pelo sujeito representante do aparato institucional estatal sanitário do município de Porto Alegre no denominado Seminário Integrador. O referido seminário que consome praticamente todo o espaço temporal do primeiro dia vivencial das equipes alocadas nos distritos sanitários de Porto Alegre tem o intento de dar a conhecer aos sujeitos viventes e facilitadores a dimensão estatística, numérica e contextual dos dados em geral de como o campo da saúde é governado pelos aparatos estatais:

“Não existe bom senso, existe o eu senso.”
(Representante da SMS de POA)

A enunciação do sujeito contraria em grande medida as postulações gramscianas e inclusive bourdieusianas que apresentamos no primeiro capítulo do presente dissertar. É claro que o sujeito pode se encontrar posicionado em contextos que o seu senso seja colocado em evidência, mas isso não quer dizer que o senso evidenciado não seja antagonizado com o senso comum consensual na sociedade em suas práticas discursivas.

Outras enunciações dignas de análise na observação participante realizada junto ao denominado Seminário Integrador também foram outras duas falas proferidas igualmente por representantes dos aparatos institucionais estatais sanitários do município de POA:

“A hierarquização de prioridades distritais depende das articulações.”
(Representante da SMS de POA)

“Não adianta mudar o nome de UBS para USF se não mudar a lógica de trabalho.”
(Representante da SMS de POA)

Com respeito à primeira enunciação acreditamos que o sujeito evidenciou uma formação ideológica que significou claramente o caráter político com a qual a significante saúde em várias situações encontra-se em disputa por distintos elementos que preponderam na resolução de determinadas demandas sociais e não outras. Que hierarquizações de prioridades são articuladas junto à saúde pública em detrimento de outras? Como se hierarquiza prioridades em um sistema público de saúde que tem como princípio a universalidade?

A segunda enunciação demonstra que o conceito ampliado do discurso que utilizamos em nossa dissertação serve justamente para evidenciar que a modificação do significante sem a transformação da cadeia de equivalências que o significante implica, conduz invariavelmente a não modificação das práticas discursivas perpetradas pelos sujeitos posicionados junto a qualquer modalidade de aparato institucional. Seja ele sanitário, estatal, social, universitário ou outro possível.

Outro momento pontual que julgamos interessante a menção em nossa observação participante ocorreu quando nossa equipe de vivência esteve no Centro de Saúde e UBS Bom Jesus. Na referida unidade de saúde tivemos a oportunidade de além do contato usual com os profissionais das unidades de saúde, também ter o contato com uma conselheira local de saúde que inclusive participa do controle social do município de POA desde antes da emblemática VIII CNS que instituiu o SUS. Elencamos duas enunciações que nos chamaram a atenção na fala da conselheira local de saúde e na uma profissional de saúde da unidade:

“Tu vai pra universidade e sai da universidade pronta pra trabalhar em um consultório privado, mas daí faz concurso público e o que acontece?”
(Profissional de Saúde)

“A academia parece um mundo à parte, quero ver vocês na realidade!”
(Conselheira Local de Saúde do município de POA)

Ambas as enunciações, mesmo partindo de posicionamentos de sujeitos distintas, evidenciam uma mesma articulação discursiva perante práticas discursivas hegemônicas junto às formações discursivas e ideológicas dos aparatos institucionais universitários. A descontextualização universitária da realidade social brasileira, enquanto articulação ideológica é motivo de constantes enunciações dos sujeitos que se posicionam no lugar discursivo de defesa da saúde pública e do SUS. Entretanto, não podemos desconsiderar que a própria descontextualização dos aparatos institucionais universitários, perante a realidade social brasileira, decorre igualmente da desarticulação de outros aparatos institucionais prioritariamente estatais e secundariamente sociais, sindicais e outros possíveis, em não demandarem aos primeiros, articulações discursivas e ideológicas de seus contextos sanitários:

Tu tem a UFRGS, uma universidade federal pública que deveria dar um retorno para o público, em que o estudante chega, estagia minimamente e vai embora! Tu tem que conhecer a realidade!”

(Conselheira Local de Saúde do município de POA)

Apesar de termos vivenciado e presenciado durante a vivência a participação de vários sujeitos posicionados como estagiários do PRO-Saúde e do PET-Saúde, que assim como o VER-SUS, tencionam redirecionar a formação dos trabalhadores no campo da saúde para a realidade sócio sanitária brasileira, ainda assim práticas articulatórias são requisitadas recorrentemente pelos cidadãos conselheiros para que os aparatos institucionais universitários, estatais e sociais possam suprir essa demanda até então ainda não efetivada de fato.

Ilustração 22: Grafites nas unidades de saúde do distrito sanitário LENO



Fonte: Fotografia do autor deste dissertação.

Os grafites existentes em todas as unidades de saúde da gerência distrital sanitária LENO evidenciaram mesmo que precariamente uma tencionamento dos aparatos institucionais estatais e sanitários em se contextualizarem com os processos identificatórios do contexto sanitário no qual se inseriam. A gerência LENO é em termos estatísticos a segunda gerência com maior número populacional de afrodescendentes

Ilustração 23: Cartaz do PET-Saúde observado em UBS



Fonte: Fotografia do autor deste dissertação.

Por outro lado, os sujeitos que participavam da vivência se impressionaram com a existência do cartaz explicitando os detalhes do que se propunha ser o PET-Saúde. A maioria dos estudantes presentes, mesmo participando ou conhecendo colegas que participavam do referido programa de educação para o trabalho em saúde não tinham conhecimento de práticas semelhantes em suas universidades de divulgação sobre o que era, qual o público alvo, em que região se contextualizava a proposta, quais seus objetivos e duração do referido programa. O cartaz encontrado também foi o único percebido durante toda a vivência.

A situação observada evidencia a fragilidade com que ainda são praticadas as ações de formação e ordenação dos recursos humanos em termos de sua contextualização junto aos aparatos institucionais estatais, sanitários e universitários. Mesmo fazendo mais de vinte e cinco anos que a CF e as legislações estruturantes da saúde pública foram sancionadas determinando que os referidos aparatos possuem responsabilidades para com a formação dos trabalhadores em saúde, e ainda os programas que servem para fazer cumprir tais responsabilidades são relegados à segundo plano e desenvolvidos de modo muito residual.

Ainda tivemos outro momento bem interessante que julgamos digno de nota a partir de nosso diário de campo. O momento pontual em questão ocorreu na vivência junto à UBS Chácara da Fumaça, também circunscrita ao distrito sanitário LENO de POA. O momento propiciou uma roda de conversa com os profissionais da unidade e demais conselheiros locais de saúde. Nesse encontro os profissionais de saúde evidenciaram determinadas enunciações a respeito das articulações ideológicas de seus serviços e do controle social:

“Eu falo das articulações das secretarias entre si mesmo. É necessária a articulação com outros setores do governo.”

(Profissional de Saúde da UBS Chácara da Fumaça)

“É uma questão de articulação. Isso mesmo! É uma questão de articulação das demandas da comunidade de forma política.”

(Profissional de Saúde da UBS Chácara da Fumaça)

A primeira enunciação citada evidencia em nossa análise uma constatação perante a desarticulação que existe junto à realidade vivenciada, mas que também é passível de sua contextualização em outras realidades municipais brasileiras. Estamos falando da desarticulação que ocorre entre os próprios aparatos institucionais estatais nas múltiplas demandas com que precariamente tencionam resolutividades. Na observação participante junto ao município de POA constatamos que os territórios circunscritos do campo da saúde diferem dos territórios circunscritos junto aos campos educacionais, assistenciais e do próprio Orçamento Participativo. Pode-se fazer ideia das confusões com que o imaginário social dos sujeitos residentes nestes contextos incorre tendo em vista que demandas articuladas ideologicamente e discursivamente em mais de um campo de atuação dos aparatos institucionais estatais e outros possíveis acabam não ocorrendo em função de delimitações territoriais que distinguem práticas que não são distintas em sua existência.

Por fim, a enunciação do sujeito posicionado enquanto trabalhador do campo da saúde evidencia o desenho do “(...) mecanismo que articula atores governamentais e não governamentais, pois a mobilização de identidades por parte do Estado irá se articular à busca de monopólios de narrativas na constituição das identidades coletivas (MACHADO, 2014, p.152)”, ou seja, na fala proferida demonstra-se que as articulações dos aparatos institucionais sociais se constituem na fronteira política com as práticas discursivas dos aparatos institucionais estatais, mas igualmente esta fronteira se desfaz hegemonicamente em mecanismos como as conferências de saúde onde as narrativas de constituições das identidades coletivas amalgam as representações estatais e sociais em um mesmo contexto.

6.2 VIVENCIAIS ENTREVISTAS SEMIESTRUTURADAS

Das quinze entrevistas semiestruturadas que compõem o objeto de análise neste subcapítulo, a primeira delas (entrevistada A) serviu como entrevista piloto para composição das perguntas semiestruturadas tendo sido realizada antes da qualificação da presente pesquisa (novembro de 2014) e as outras catorze entrevistas (entrevistados B, C, D, E, F, G, H, I, J, L, M, N, O e P) foram realizadas entre dezembro de 2014 a abril de 2015.

Diferente da análise dos dados que procedemos em nossa pesquisa anterior (FÜHR, 2013) onde comparamos cada uma das significações significantes proferidas pelos sujeitos entrevistados em suas diferentes representações junto ao CMS estudado; na presente pesquisa esta comparação não se faz necessária perante todas as respostas semiestruturadas enunciadas, tendo em vista que os sujeitos se encontram em um mesmo nível de representação (estudantes participantes) junto ao VER-SUS. Comparações serão realizadas, mas nosso objetivo maior será analisar as enunciações proferidas pelos sujeitos participantes do VER-SUS que evidenciam o vazio constitutivo da formação dos trabalhadores no campo da saúde.

Na primeira pergunta que realizávamos: “*Como é ser estudante no campo da saúde?*” servia para que justamente, independente do curso que cursasse, os sujeitos evidenciassem a significação de seu posicionamento subjetivo e disciplinar perante o que se convencionou denominar como sendo o campo da saúde. Em outras palavras com as perguntas iniciais buscávamos encontrar “(...) na estrutura subjetiva, aquilo que une, mesmo que temporariamente, um determinado significante a um determinado significado (LACAN, 1970/1992 *apud* JARDIM; LARA JR., 2014, p.45)”. Nas primeiras entrevistas que realizamos já nos era explicitado os centramentos discursivos existentes no campo da saúde:

“Eu acho que a primeira coisa assim que pega é a questão de tu ser estudante do campo da saúde, não-médico. Não da Medicina. A primeira coisa que me vêm a mente assim quando tu me pergunta. O campo da saúde engloba todas as profissões da saúde, mas na prática não é assim que funciona. Na prática os serviços são organizados de acordo com as demandas médicas. Então, isso perpassa toda a tua formação.”

(Entrevistada C)

A entrevistada em questão chegou a exemplificar com relatos práticos de que mesmo em espaços sanitários onde os profissionais médicos não se fazem presentes, as práticas hegemônicas de fragmentação do trabalho assistencial são preconizadas em detrimento de qualquer articulação discursiva que tencione a interdisciplinaridade, a transdisciplinaridade ou a multidisciplinaridade como se menciona recorrentemente junto à formação em saúde:

“Então assim, eu acho que ser estudante da saúde é ser militante da saúde. Ser estudante da saúde não-médico é ser militante da saúde pra lutar contra isso. Lutar contra essa organização. É mesmo, assim no meu primeiro trabalho... Não tem nenhum médico no meu trabalho... São cinco tipos de profissionais diferentes. E cada um evolui num prontuário diferente.”
(Entrevistada C)

A própria articulação discursiva que tenciona sublevar a delimitação precária entre as denominadas ciências humanas e as denominadas ciências da saúde antagoniza-se com as práticas hegemônicas que ainda dicotomizam as atividades científicas como se as ciências da saúde não tivessem correlação com as ciências humanas e vice-versa:

“A gente mesmo sendo um curso dentro dessa instituição da saúde, a gente vem de uma lógica de Humanas. Então quando tu vai te inserir num espaço que faz saúde não é (...)... Tu se vê cortado, sabe? Pela metade assim... Não sei explicar assim, mas é como se você estivesse pela metade. Como se tu não soubesse o que tu tinha que saber na verdade.”
(Entrevistada B)

“No X⁶² isso ainda é um nó não é? Porque acho que a formação generalista que a gente tem no curso de X⁶³ não nos permite dizer que a gente é ou não da área da saúde não é? A gente tem que ter o entendimento de todas as políticas... Educação! Assistência Social! E a Saúde está dentro destas políticas que a gente se insere.”
(Entrevistada D)

Delimitações precárias como estas que ainda antagonizam práticas discursivas “sanitárias” de práticas discursivas “humanas” como sendo segregadas corroboram para a desarticulação dos posicionamentos de sujeitos junto à formação em saúde. A completude ausente na formação em saúde oblitera que sejam estabelecidas articulações discursivas dos sujeitos tão logo sejam estabelecidos contatos com os contextos universitários por parte dos sujeitos

“Ser estudante do campo da saúde acho que varia de acordo com a linha que tu pretende seguir. Se tu estiver pensando mais na linha da saúde privada talvez seja algo mais tranquilo assim... Menos pesado. Agora se for no âmbito da saúde pública, eu acho que é um desafio. É um desafio! A formação é desafiadora! A atuação é desafiadora!”
(Entrevistada H)

“Ser estudante da área da saúde é te comprometer com as pessoas. Acho que em primeiro lugar tu tem que ter compromisso com as pessoas. Com o ser humano. Com uma visão humanizada. E em segundo lugar a questão social. Eu acho que a saúde não pode só se focar no particular.”
(Entrevistado G)

⁶² Nome do curso desidentificado para preservar a identidade da entrevistada e do curso.

⁶³ Nome do curso desidentificado para preservar a identidade da entrevistada e do curso.

As cadeias significantes que articulam discursivamente teoria e prática foram uma cadeia significativa recorrente nas primeiras respostas enunciadas. As enunciações obtidas eram permeadas por várias cadeias significantes hegemônicas que reforçam o senso comum acerca do campo da saúde. Cadeias significantes que preconizam discursos de responsabilidade com a vida, com a assistência e com a valorização dos sujeitos no campo da saúde, ou seja, que redundam nas mesmas cadeias significantes usuais deste contexto:

“Tanta coisa que na prática tu aprende que nenhuma teoria iria te proporcionar.”
(Entrevistada A)

“Eu acho que é uma responsabilidade muito grande porque os cursos da área da saúde, eu considero os mais visados. (...). Mas no sentido de que tu lida com a vida diretamente não é? Principalmente no âmbito de emergências e tudo o mais. Ah... Tu lida num momento de dor não é? Não só no momento das alegrias da vida assim...”
(Entrevistado E)

“Ah eu acho muito bom assim... Me realiza porque eu sempre quis a área assistencial e nunca pensei outra coisa. Não é?”
(Entrevistada M)

“Porque a profissão na maioria das vezes não é valorizada e reconhecida devidamente. E isso não te dá estímulo de ser um profissional do campo da saúde.”
(Entrevistada K)

Alguns entrevistados ao responderem a primeira pergunta acabavam adentrando na significação de seu próprio envolvimento com o campo da saúde que era o mote problematizado na segunda pergunta realizada. Percebe-se com isso que a articulação discursiva estabelecida pelos sujeitos entre o ser e o se envolver com o campo da saúde são discursivamente relacionados. Enquanto alguns sujeitos significaram seu posicionamento no campo da saúde como uma articulação discursiva ocorrida em decorrência de uma identificação pessoal com a saúde, outros sujeitos rechaçaram tal identificação a priori:

“Trabalhar na saúde é desafiador. Mas ao mesmo tempo tem que gostar não é? A gente acaba se encaixando ou não! Quando não se encaixa geralmente o pessoal não fica. Eu me encaixei muito nessa... No campo da saúde mesmo...”
(Entrevistada J)

“– Ah! Nasci para ser X⁶⁴! E eu nunca tive... Eu nunca tive essa impressão assim... Nasci para fazer coisas e no meio do caminho eu descobri que eu queria trabalhar com pessoas. E mais no decorrer do caminho descobri que eu queria trabalhar com pessoas dentro da saúde, dentro da saúde pública.”
(Entrevistado I)

⁶⁴ Nome da profissão desidentificada para preservar a identidade do entrevistado e da profissão.

Na segunda pergunta realizada: “*Como se deu teu envolvimento com o campo da saúde?*” em nossa entrevista, os sujeitos entrevistados significavam articulações discursivas endossando o que alguns já explicitavam na pergunta anterior, que seria seu posicionamento identitário com as práticas que hegemonicamente são vinculadas como sendo sanitárias:

“Ah! Eu acho que de vivências... (...). Acho que foi interesse do meu perfil assim... O que é perfil?... Ah eu acho que é ser assim: Gostar de se doar e de se interessar pela vida das pessoas. Sou muito curiosa! Essa parte assistencial também! Ajudar os outros...”
(Entrevistada M)

“No meu conceito... Na minha vida... Na minha personalidade, eu senti que a área da saúde seria onde eu poderia atuar de forma mais efetiva, onde eu pudesse dar o meu melhor.”
(Entrevistada A)

Outra recorrência enunciada foi de uma entrevistada significar uma articulação discursiva em que seu envolvimento com o campo da saúde decorria não apenas por interesses profissionais. Para ela ocorria também envolvimento por posicionamento político na busca por direitos junto ao campo da saúde e conseqüentemente de sua formação pessoal:

“Então foi por aí! Foi relacionado a profissão e em se tratando de SUS relacionado ao fato de ser usuária. Querem ou tentar entender mais como é que as coisas acontecem então. Como é que a gente pode acessar os direitos...”
(Entrevistada H)

Apesar de uma das entrevistadas significar seu envolvimento com o campo da saúde em decorrência de seu posicionamento político, esta articulação discursiva não foi enunciada em nenhuma outra articulação discursiva disponibilizada por nossos entrevistados.

Nossos sujeitos entrevistados evidenciaram também que apesar de cursarem cursos considerados do campo da saúde (conforme as resoluções nacionais existentes) percebiam-se em ambivalências de pertencimento tanto ao campo da saúde como ao campo das ciências humanas devido aos distanciamentos das práticas discursivas hegemônicas academicamente:

“Apesar de toda a movimentação que a X⁶⁵ e a Agronomia, por exemplo, tem dentro desses movimentos sociais da área da saúde... Eu não me percebi tanto da área da saúde como eu me percebo hoje dentro da X⁶⁶.”
(Entrevistada E)

“Porque eu sou saúde! Porque também é entendido como um curso da saúde, mas eu também sou humanas. E acredito que acaba acontecendo um complemento, mas ao mesmo tempo um distanciamento. Então eu acho que o envolvimento ele basicamente se dá no dia a dia conforme tu vai aprendendo, conforme tu vai pensando e conforme tu vai se identificando.”
(Entrevistada B)

⁶⁵ Nome do curso desidentificado para preservar a identidade da entrevistada e do curso.

⁶⁶ Nome do curso desidentificado para preservar a identidade da entrevistada e do curso.

A terceira pergunta “*O que significa doença para você?*” de nossa entrevista vinha ao encontro para compreender as articulações discursivas enunciadas por nossos sujeitos a respeito das significações elementares do campo da saúde. Nossa intenção ao principiar com esta pergunta conceitual sobre a significante doença em antecedência ao significante da saúde intentava juntamente confrontar os entrevistados com uma competência discursiva arbitrária ao senso comum, que hegemonicamente antecipa as significações do significante saúde em relação ao significante da doença.

Segundo Maingueneau (2005, p.54, grifos nossos) o “(...) princípio de uma competência discursiva permite esclarecer um pouco a *articulação do discurso* e da capacidade dos sujeitos de interpretar e de produzir enunciados que decorrem dele” a partir de significantes colocados em problematização. Antecipando a significante doença em relação ao significante saúde pretendíamos perceber em que medida a competência discursiva permite estabelecer uma articulação discursiva desta relação conceitual.

Foram bem variadas as articulações discursivas significadas pelos entrevistados. Desde competências discursivas que se remetiam as significações hegemônicas de saúde proposta pela OMS, até significações que evidenciava o quanto estes conceitos em termos práticos são desrespeitados no campo da saúde. Abaixo elencamos as significações do significante de doença que discursivamente competem aos discursos hegemônicos que a formação flexneriana endossa:

“Pra mim doença é tudo o que causa mal-estar. Alguma dor. ãh... Que tira a pessoa do seu estado confortável e normal. Daquilo que a gente chama de normal, mas não existe uma normalidade... Mas assim, tudo o que tira a pessoa daquela e do bem estar na verdade. Porque doença... Não é? Pode ser psicológica. Pode ser uma doença social. Pode ser uma doença do corpo ou da alma... Então é tudo o que tira a pessoa do conforto. Eu acho. Quando tu está no conforto... Tu está bem!”

(Entrevistada J)

“Então eu acho que doença relacionado com essas três linhas e outras mais que eu não estou lembrando agora... Que não digam somente com relação ao corpo... Mas também à mente e ao ambiente onde a gente está atuando, onde a gente está vivendo... Que pode ser também um ambiente adoecedor!”

(Entrevistada H)

“Acho que a doença é um processo. Eu acho porque é muito difícil responder assim. Ela é um processo constante na verdade de hábitos, cuidados e principalmente de uma deficiência de fazer saúde. Não é? Ela tem muito da individualidade, mas ela tem muito do coletivo assim. Do Estado que não dá conta... Das questões que envolvem tudo isso... Das políticas que não dão conta e das pessoas que não tem interesse. Então eu acho que ela é esse processo assim”

(Entrevistada B)

“É hoje por entender por ser um defensor do SUS e entender que o SUS é o que está na Reforma Sanitária em 88... E na Reforma Sanitária enfim que parte de 88... Por entender que o conceito de saúde é aquele... Eu entendo que doença é qualquer desequilíbrio relacionado ao que a pessoa entender por saúde. Se a pessoa não se entende no seu conceito que ela não está com saúde. Ela tem uma doença.”

(Entrevistado I)

Das articulações discursivas que significaram a significante doença, apenas duas enunciaram parcialmente a significação do significante doença em correlação ao sistema produtivo vigente. Percebe-se a dificuldade de manifestarem teoricamente e imaginariamente outra concepção de doença que não seja aquela significada hegemônica junto aos aparatos universitários. Conforme discutimos nos capítulos anteriores, os sujeitos acabam articulando as mesmas significações que a formação flexneriana consensua discursivamente:

“O principal significado de doença pra mim não significa patologia. Patologia significa para mim é uma consequência da doença não é? Eu acho que a doença vem do espírito de ser humano. Eu acho que hoje em dia as pessoas estão muito mais doentes que no passado. Pelo meu ponto de vista! Pelo modo de vida que a gente vêm levando. Pelo como vem se encaminhando as coisas.”

(Entrevistado G)

“Eu vejo principalmente no mundo do trabalho, assim o que impede a pessoa de ser produtiva, logo ela está doente.”

(Entrevistada D)

Percebemos aqui como cada “(...) discurso só existe produzindo sua própria definição das características ‘que deve preencher qualquer discurso legítimo, os pressupostos tácitos de sua eficácia’ (MAINGUENEAU, 2005, p.138)”, ou seja, como cada uma das enunciações tenciona articular discursivamente uma competência de significação significante da doença. Os sujeitos em seus diferentes posicionamentos evidenciaram que, apesar de suas distintas formações acadêmicas, acabam enunciando cadeias de significação do conceito de doença similares à formação hegemônica em saúde. Apenas uma de nossas entrevistadas enunciou o caráter arbitrário e desrespeitoso com o qual a significante doença é desenvolvida junto à formação flexneriana dos trabalhadores do campo da saúde. Isso demonstra como são raras as articulações discursivas enunciadas junto à formação flexneriana em saúde que evidenciem a incompletude do vazio significante da doença junto às cadeias discursivas deste campo:

“E eu acho que a gente desrespeita muito assim esse conceito quando a gente atende. A gente não respeita o que o paciente nos diz assim... O que é para ele o mais importante? No corpo dele, na alma dele, no espírito dele, na psique dele... A gente atravessa assim. Tem um modelo de felicidade e de bem-estar. E daí a gente quer aquilo para a outra pessoa, mas talvez não seja.”

(Entrevistada C)

Tendo sido estabelecidas as significações da significante doença, partimos para o estabelecimento da significação significativa da saúde com a quarta pergunta: “*O que significa saúde para você?*” de nossas entrevistas. Novamente competências discursivas se remeteram a hegemonia vigente nos discursos sobre a significante de saúde, entretanto algumas articulações discursivas se remetiam justamente a hegemonia discursiva que enfrenta maiores dificuldades de efetivação: a significação de saúde vinculada a noção dos determinantes sociais.

“Saúde é ter condições de moradia, educação, alimentação, acesso a serviços públicos, emprego, lazer, cultura... É ter meus direitos assegurados pelo Estado e ser livre para exercer o meu papel de cidadão na sociedade.”

(Entrevistada L)

“Eu acho que saúde é isso é poder estar bem com o teu corpo. Estar bem com tua mente. Estar bem com o ambiente que tu circula. Conseguindo enfim seguir a vida sem dor ou sem adoecimento eu diria... O corpo, a mente e as relações não é? Acho que por aí...”

(Entrevistada H)

As significações significantes de *processo* e de *produção* foram recorrentes em algumas articulações discursivas enunciadas pelos sujeitos entrevistados. Consideramos interessante evidenciarmos abaixo como apesar de um de nossos entrevistados significar que o termo *produção de saúde* não quer fazer menção ao modo de produção fordista e toda a cadeia significativa que ela induz, por outro lado, outra de nossas entrevistadas vinculou justamente a cadeia significativa desta possibilidade de significação e o que ela induz:

“Eu acho que a primeira coisa que tu tem que pensar assim é que produzir saúde não é o sistema de produção propriamente dito. Pensar Ford ou pensar qualquer desses caras assim sabe. É pensar novamente este processo inverso ao processo da doença. Não é que tu vai botar as pessoas numa esteira... Não tem isso sabe? Eu acho que a questão da saúde é muito cultural porque o que é saúde para mim não é saúde pra ti propriamente dito assim.”

(Entrevistada B)

“Que bom! Conseguir fazer as coisas que para ela são pertinentes. Enfim! Também pela possibilidade de seguir a ser explorada. Enfim!”

(Entrevistado I)

Se utilizando das significações significantes hegemônicas as articulações discursivas enunciadas se restringiram as competências discursivas que expunham a arbitrariedade dos conceitos de saúde e de doença. Apenas na entrevista piloto que realizamos a enunciação de nossa entrevistada articulou discursivamente os significantes de saúde e doença de forma não antagonica, mas sim de forma consoante entre os significantes de saúde e doença:

“Eu trago o conceito do processo saúde-doença assim... Eu acho que ninguém está 100% saudável e ninguém está 100% doente. Todos nós, em todos os momentos, estamos bem em algum aspecto e mal noutra.”
(Entrevistada A)

A quase ausência de enunciações significantes do conceito de saúde em perspectiva ampliada, como a acima citada tenciona, evidencia a precariedade discursiva com que a formação flexneriana hegemonicamente consensua limitações teóricas e práticas dos sujeitos junto ao campo da saúde.

Para verificarmos a articulação discursiva das significações significantes entre doença e saúde realizávamos a quinta e última pergunta: *“Existem discursos que não limitem saúde em oposição à doença?”* do bloco semiestrutural de nossas entrevistas. A maioria das enunciações endossou a hegemonia das formações ideológicas e discursivas do flexnerianismo junto ao campo da saúde. Obtivemos apenas três enunciações que significaram a articulação significativa entre doença e saúde de forma não necessariamente antagônica:

“Acredito que sim! Eu tenho esse conceito um pouco distorcido dentro da minha cabeça. Eu não tenho isso muito bem claro. Mas eu acredito que é possível ter saúde e doença ao mesmo tempo, por isso não seriam opostos. Por que oposto? Não podem ser simultâneos? (...). Então não tem como serem opostos, mas sim simultâneos.”
(Entrevistada A)

“Existem! Existem muitos discursos... (...). É como eu te disse doença é algo muito mais complexo que patologia... E saúde é bem-estar como um todo. Então eu acho que não tem como se contrapor. Eles se contrapõem, mas ao mesmo tempo eles não chegam a se encontrar como opostos que são. São diferentes, mas não são opostos.”
(Entrevistado G)

“Existem! Porque tu podes (Como eu que posso dizer?)... Acho que tu podes estar doente em algum aspecto... Acho que tu podes ter saúde e ser doente em algum outro aspecto.”
(Entrevistada M)

Nas articulações discursivas enunciadas, três sujeitos entrevistados realizaram menções as formações discursivas hegemônica das práticas biomédicas e biológicas que centram uma significação dos significantes doença e saúde de uma forma enunciativa estreita e limitada de forma muito precária junto à formação dos trabalhadores em saúde:

“Talvez exista uma linha mais biomédica que talvez vá entender que se o meu corpo está bem, eu estou bem! E isso não é tudo não é? (...) Mas em outras linhas a gente pode estar com algum tipo de sofrimento ou de adoecimento... E mesmo assim ser considerado de certa forma saudável! (...) Então nem sempre uma coisa vai ser oposta a outra...”
(Entrevistado H)

“... Se existem discursos? Eu acredito que sim! Mas depende da perspectiva... Por exemplo, assim: Se tu entendes (e é difícil acontecer isso), mas se tu entendes de uma forma mais ampla do que doença reduzindo ao biológico... Eu acredito que os dois não se oponham. (...). Na minha cabeça elas são opostas. Mas opostas por nome assim...”

(Entrevistado I)

“Sim! Muitas pessoas acham que é a mesma coisa e não fazem essa delimitação do que é saúde e do que é doença. Muitas pessoas do campo da saúde tem essa dificuldade de definição. Muitas ciências preparam para cura da doença e não para a promoção da saúde.”

(Entrevistada O)

As formações discursivas hegemônicas junto à formação dos trabalhadores no campo da saúde são tão permeadas pelo flexnerianismo que poucas articulações discursivas não são apropriadas dos mesmos referenciais de significação dos significantes doença e saúde. Poucos contextos de enunciação escapam a formação discursiva hegemonzada junto ao campo da saúde em seu contexto de formação profissional. Em outras palavras as significações dos significantes doença e saúde são referenciadas enquanto uma universalidade ausente das formações discursivas; já articulações discursivas que expõem o vazio das práticas biomédicas e biológicas são pouco evidenciadas no contexto da formação dos trabalhadores junto ao campo da saúde:

Com efeito, a partir do momento em que são as *articulações fundamentais* de uma *formação discursiva* que se encontram presas nesse dialogismo, a totalidade dos enunciados que se desenvolvem através delas são *ipso facto* inscritos nessa relação, e todo o enunciado do discurso rejeita um enunciado, atestado ou virtual, de seu Outro do espaço discursivo. Quer dizer que esses enunciados têm um “direito” e um “avesso” indissociável: deve-se decifrá-los sobre seu “direito” (relacionando-os a sua própria formação discursiva), mas também sobre seu “avesso”, na medida em que estão voltados para a rejeição do discurso de seu Outro (MAINGUENEAU, 2005, p.40, grifos nossos).

As formações discursivas hegemônicas obliteram a existência de um “Outro” para além de suas práticas biomédicas e biológicas. Existe um discurso do “Outro” que poderia ser evidenciado, mas que é desacreditado ao ponto de ser significado de forma pejorativa. Muitas vezes esse discurso do “Outro” não chega nem a ser denominado para evitar que outras articulações discursivas possibilitem contextos de enunciação que descentrem as formações discursivas hegemonzadas das práticas biomédicas. Os sujeitos são obliterados junto à formação formal em saúde por várias práticas que ao rejeitar o discurso de seu “Outro” dificultam a constituição de articulações discursivas que exponham o vazio constitutivo das formações discursivas biomédicas hegemonzadas junto aos aparatos institucionais universitários, estatais, sociais e outros possíveis:

“Na minha formação, pois é agora a gente vai ter que olhar o conceito de formação, na minha formação de faculdade. Não! Formal de sala de aula. Não! Nenhum discurso. Eu só consegui acessar esses discursos com coisas que eu fui atrás de fazer o VER-SUS por exemplo. Mas na sala de aula e no estágio ali na faculdade. Não!”

(Entrevistada C)

“Existem vários discursos. Não é? De que a saúde é apenas ausência de doenças. Com certeza não é! Eu acho que muito poucos discursos a gente ouve hoje que extrapolem isso... Dentro da academia não! Dos movimentos sociais a gente ouve isso. De que as condições sociais em que a pessoa vive não é? Das condições como um todo é assim importante para ocorrer a saúde não é? Mas dentro da academia é ausência de doenças.

Bem biologicista assim.”

(Entrevistada E)

“Eu acho que existem. Existem discursos! Mas são poucos... Eu acho que são principalmente dessas pessoas (e agora não vem ninguém na cabeça) que conseguem entender o ser integral. E não separado sabe? (...) Eu acredito nisso entende? Talvez o meu discurso seja próprio. Não sei se ele é suficiente. Mas não sei se ele basta para o que se espera... Mas ele basta para o que eu acredito. Dentro do que eu faço, eu acredito nisso e eu penso que estou fazendo. Então está nessa visão.”

(Entrevistada B)

Ocorreu também de alguns sujeitos entrevistados endossarem formações discursivas dos significantes de saúde e doença recorrendo à clássica vinculação significativa do normal e do patológico que elencamos em nossa fundamentação teórica. Essa recorrência evidencia as dificuldades de articulação discursiva de novas significações junto ao campo da saúde, tendo em vista a hegemonia flexneriana das formações discursivas deste contexto:

“Eu acho que sempre que existir um “normal” vai existir o “patológico”. Sempre que existir um “patológico”, ele vai ser a referência para dar uma “normalidade”. Então eu acho que isso... Isso acaba sendo a referência na verdade. Saúde versus doença. Pra ti saber o que é saúde tu precisa entender um pouco da doença. Então eu acho que vai acabar em algum momento essas duas linhas que são e que acabam se tocando pra uma poder conceituar a outra.”

(Entrevistada J)

Tendo em vista as enunciações significadas em nossa entrevista piloto, incluímos um bloco de perguntas dedicadas exclusivamente para relacionar quais são as formações discursivas que são desenvolvidas junto aos aparatos institucionais universitários onde os sujeitos que participam do VER-SUS estudam. Aqui o “(...) conceito de hegemonia de Gramsci, fornece um quadro frutífero para a conceituação e a investigação das dimensões políticas e ideológicas da prática discursiva (FAIRCLOUGH, 2001, p.95)” presente nas formações discursivas desenvolvidas pelos aparatos institucionais universitários no que condiz a enunciação de determinadas regras explícitas ou implícitas para os sujeitos.

Como pontuava Pêcheux (1995, p.161, grifos do autor citado) o “*processo discursivo* passará a designar o sistema de relações de substituição, paráfrases, sinónímias, etc., que funcionam entre elementos linguísticos – “*significantes*” – em uma formação discursiva dada”, no caso aqui, as formações discursivas enunciadas pelos sujeitos em formação profissional sanitária nos aparatos institucionais universitários. Nossa primeira pergunta deste bloco e a sexta pergunta de nossa entrevista era: “*Como é o discurso da universidade em relação à saúde?*”. Novamente a articulação discursiva que problematiza a relação ideológica entre a teoria universitária desvinculada da realidade prática foi trazida por dois de nossos entrevistados:

“A saúde para ser alcançada precisa ter uma boa alimentação, qualidade de vida, exercícios físicos, não ter vícios; mas eles não falam o que realmente é saúde para as pessoas.”

(Entrevistada O)

“Saúde como a pessoa ser hígida no sentido de ausência e doenças mesmo. É que eu busquei uma formação mais no VER-SUS e tal. Nestes espaços e nestas outras áreas eu tive outros contatos assim...”

(Entrevistada M)

Conforme a significações destes nossos entrevistados, as formações discursivas teoricamente desenvolvidas junto aos aparatos institucionais universitários deixam de levar em consideração as significações pessoais dos sujeitos com relação ao significante saúde. Também em determinada medida estas formações discursivas não dão conta de uma formação contextual prática da saúde pública brasileira. Esta abrangência prática é o que alguns sujeitos implicados em determinados posicionamentos discursivos vão buscar no VER-SUS ou em outros contextos extracurriculares de suas formações em saúde. Conforme três de nossos entrevistados, as formações discursivas estabelecidas junto à formação dos trabalhadores em saúde sobredeterminam significações voltadas à saúde privada e ao capital econômico apenas:

“E é bem triste assim... A palavra é triste! Desanimador. Não tem nada a ver com saúde. Tem a ver com o capital! Assim... O atendimento enquanto negócio.”

(Entrevistada C)

“Na maioria das aulas de saúde era tratada como contrário de doença. Lembro só de um professor que foi e deu um conceito mais amplo de saúde.”

(Entrevistada K)

“Discurso abrangente, mas ainda há falta de posicionamento principalmente dos professores em relação à saúde com foco na atenção básica. Não é? Saúde Pública...”

(Entrevistada P)

As formações discursivas hegemônicas da formação em saúde, desenvolvida junto aos aparatos institucionais universitários, são homogeneizantes e preponderantes a tal ponto que por primarem o capital/econômico, o biomédico/biológico e a doença/clínica; acabam por sobredeterminar a significação de saúde neste mesmo vazio constitutivo. Conforme enunciação de nossos entrevistados, a significante saúde se torna uma significação ausente junto à formação profissional hegemônica, tornando a doença como possibilidade econômica:

“Então! O discurso entendendo a instituição ele pode tentar homogeneizar assim... Botar todos os professores e todo mundo que tem direito a fala. Entendendo aqui principalmente nessa universidade como professor. Dá para a gente... Pegando a maioria reduzir bem ao biológico mesmo assim. (...) Historicamente é essa a percepção na formação em saúde. Aqui nessa universidade é e está totalmente associado ao corpo biológico assim...”
(Entrevistado I)

“O que é a doença. O conceito assim... O que é e o que depois sobra da doença, do conceito de doença, é o que sobrou pra ser saúde. Então foi assim que eu me conceituei assim e assimilei o que eu entendo como saúde-doença e eu como profissional assim... Acho que foi uma das coisas que mais foi dada ênfase durante a minha graduação.”
(Entrevistada J)

As formações discursivas significadas para além da hegemonia flexneriana são tentativas episódicas ocorridas por pressão curricular residual, ou como já pontuamos anteriormente, pelo interesse de sujeitos que tenham um posicionamento discursivo destoante das práticas discursivas existentes junto aos aparatos institucionais universitários. As tentativas de articulações discursivas que estabeleçam outras formações discursivas estão ainda situadas em limites marginais de atuação dentro do campo da saúde. Limites marginais onde esses “(...) dois aspectos (imaginário e simbólico) são colocados em disputa por meio das formações discursivas que garantem o estabelecimento de lutas pela hegemonia (JARDIM; LARA JR., 2014, p.41)”. Assim disciplinas e cursos delimitados entre os campos da saúde e do social como Saúde Coletiva, Serviço Social, Psicologia, Biologia, Educação Física e outros são limites e cernes ao mesmo tempo emblemáticos de possíveis articulações:

“Então dependendo dos cursos em que tu vai te situar nas áreas de atuação... Tu vai perceber que muitas vezes o discurso é esse de que se o corpo está bem, você está bem! E acho que cada vez mais os espaços de X⁶⁷ onde tu vai circular de Saúde Pública, de Saúde Coletiva, de Interdisciplinaridade e etcetera... A gente tem tentado... Os professores tem tentado trazer outros e outras formas de entender saúde assim...”
(Entrevistada H)

⁶⁷ Nome do curso desidentificado para preservar a identidade da entrevistada e do curso.

Enunciadas às significações da significante saúde, procedíamos à sétima pergunta de nossa entrevista semiestruturada para estabelecimento das significações da significante doença: “*Como é o discurso da universidade em relação à doença?*”. Novamente os vazios constitutivos das significações de doença nas formações discursivas dos aparatos institucionais universitários eram enunciados por nossos entrevistados. Os estudantes se percebem inclusive como profissionais da doença e não como profissionais da saúde tendo em vista a hegemonia das formações discursivas que sobredeterminam as práticas flexnerianas:

“Então! Com relação à doença é essa redução também não é? É essa questão do biológico. A doença inclusive. A gente até brinca de vez em quando que a nossa formação é para sermos os profissionais da doença. Não é?”

(Entrevistado I)

“A gente sempre procurou doença e não saúde. Tanto é que a gente aprende bem pouco promoção/prevenção e tal. É muito curativo assim... A gente procura doença e não saúde.”

(Entrevistada M)

“Na minha universidade anterior, a PUCRS, tem um discurso muito pragmático da doença.”

(Entrevistada O)

Segundo nossos entrevistados, o pragmatismo que impera junto às formações discursivas de suas formações profissionais ainda significam o significante da doença como sinônimo de patologia, havendo poucos contextos em que sejam abordadas significações mais amplas que ao menos levem em consideração a perspectiva dos determinantes sociais, já que a possibilidade de uma perspectiva consoante dos significantes saúde e doença seria quase uma articulação discursiva alheia às práticas flexnerianas praticadas. As formações discursivas ao significarem a saúde como patologia induzem igualmente formações ideológicas que centralizam o profissional médico, o contexto hospitalar e as práticas assistenciais:

“A universidade ainda vê a doença como patologias. Não é? Essa transformação dentro da universidade que está tendo é o que está mudando um pouco este discurso. Está se levando doença como algo não patológico, mas sim como algo financeiro, psicológico, familiar...”

(Entrevistado G)

“Eu acho que para a universidade... A minha universidade... Ah... Doença é algo mais ampliado do que é o conceito que eu tinha antes de começar na faculdade então. A doença tem um conceito mais amplo do que eu pensava. Então isso me ajudou a construir o meu conceito de doença que não é só uma pedra nos rins. É uma patologia não é? Que a gente usava muito. O termo patologia. Não é?”

(Entrevistada J)

Apesar das formações discursivas de nossos entrevistados enunciarem transformações das significações de doença junto aos aparatos institucionais universitários, as formações ideológicas ainda hegemonomizam os significantes econômicos e capitalistas aos demais centramentos discursivos. Quando estas formações discursivas não são criticadas, elas continuam a reprodução consensual do modelo flexneriano vigente e suas precariedades:

“Eu acho engraçado que a primeira coisa que eu me lembro quando eu penso na palavra doença e tento pensar na minha turma, a primeira palavra que me vem é pena. Assim, das pessoas que estão se formando enquanto profissionais da saúde sentirem muita pena das pessoas doentes. Em contraponto ao desejo de ganhar muito dinheiro.”
(Entrevistado C)

Nos contextos em que estas formações ideológicas são articuladas é promovido aparentemente uma multiplicidade de discursos em disputa, mas que na verdade confluem para um mesmo campo “material” de produção discursiva onde as condições de existência e possibilidade dos discursos já estão previamente orientadas para hegemonomizarem determinadas práticas em detrimento de outras:

O campo da hegemonia é o que torna possível a articulação de uma multiplicidade de discursos em disputa. Existe, pois, uma grande afinidade entre os conceitos de formação discursiva e campo de hegemonia: como condições “materiais” de produção do discurso (SALES JR., 2008, p.155).

Por isso, por mais que metodologicamente tenhamos dicotomizando os conceitos tradicionais de formação discursiva e formação ideológica daquilo que viemos chamando por articulação discursiva e articulação ideológica, os mesmos se encontram amalgamados em um mesmo processo discursivo de significação dos significantes problematizados na presente pesquisa. Esta forma de abordagem, conforme já expusemos anteriormente, procede da perspectiva pós-estrutural diretamente influenciada por Foucault, Pêcheux, Laclau e Mouffe de perceber como discursivamente os sujeitos se encontram posicionados em formações ideológicas e discursivas estabelecidas pelos aparatos institucionais e suas condições materiais de produção. Diferentes significantes são significados discursivamente pelos aparatos. Analisar as significações em suas relações sociais para com os sujeitos é o intento da tradição metodológica da ACD com base na Teoria do Discurso de Laclau:

(...) Laclau parte da ideia de significante vazio para expor a sua concepção de hegemonia (categoria chave, como já dissemos, dentro da teoria deste pensador), redefinindo a ideia de universal e refletindo sobre a democracia. A ideia de significante vazio se coloca não como abundância (excesso) ou insuficiência, mas como algo que marca os próprios limites do processo de significação. Para Laclau, um significante vazio é, no sentido estrito, um significante sem significado (GIACAGLIA, 2009, p.77).

Relembramos estes detalhes metodológicos tendo em vista que a oitava pergunta que realizamos em nossas entrevistas: “*Como é o discurso da universidade em relação à saúde pública?*” conduz a interessantes análises tendo como referencial a concepção de significante vazio proposto por Laclau. Concebendo o termo composto *saúde pública* como um significante, percebemos nas respostas dadas pelos estudantes como ele é vazio o suficiente para que seja tencionado, através de distintas formações discursivas, ser locupletado com distintas significações que variam de curso para curso e de aparato institucional universitário para determinado aparato institucional universitário:

“E é engraçado que normalmente o start de alguma disciplina ou algo assim... Os professores tentam dar o: Valorizemos a Saúde Pública! E em duas aulas isso cai por terra totalmente. Primeiramente porque todos os professores são especialistas. Segundo porque eles tiveram a vida inteira plano de saúde.(...) Todas essas questões que evidentemente para um estudante que está se situando ainda, fortalece escolher o privado e não o público. Não é? É! Por aí...”

(Entrevistado I)

Grande parte dos entrevistados reforçaram em suas enunciações que várias formações discursivas existentes junto aos aparatos institucionais universitários não somente impedem práticas discursivas, como também reforçam condições materiais que impossibilitem com que os sujeitos em formação profissional no campo da saúde tenham um mínimo de contato qualificado e crítico com relação à saúde pública brasileira e seu contexto:

“E eu não tive contato nenhum praticamente com a saúde pública com relação ao viés crítico. Desde o primeiro semestre eu tenho uma cadeira... Tive uma cadeira no primeiro semestre que se chamava Aproximação a Prática Médica. E desde o primeiro semestre eram só aulas teóricas e tudo o mais.”

(Entrevistada A)

“Ah o discurso não é? Que seria a parte teórica foi completa, mas a parte prática foi bem precária assim... Não tive acesso a saúde pública na academia pela parte prática assim...”

(Entrevistada F)

“Durante a minha formação acadêmica eu não tive nenhuma disciplina de Saúde Pública específica. E tive só uma disciplina que falou uma aula sobre o SUS.”

(Entrevistada K)

“Com relação à Saúde Pública nós não tivemos nada na faculdade. A única coisa foi prevenção de algumas doenças. De algumas DST's. Nunca relacionado ao SUS. Não tivemos nada de legislação propriamente dita e nunca fomos a uma unidade. Como para prevenir na área da saúde.”

(Entrevistada O)

Alguns entrevistados enunciaram inclusive que a inserção de disciplinas ou possibilidades de extensão universitária que desenvolvessem aspectos teóricos e práticos sobre o contexto da saúde pública brasileira ocorre de forma recente e residual junto aos cursos e aparatos institucionais universitários. As tentativas de constituição de articulações discursivas que modifiquem as formações discursivas se antagonizam com toda uma estruturação hegemônica que pressupõem consensualmente que a saúde pública não merece a devida atenção tendo em vista a realidade significada pela mídia junto à opinião pública de que esse tipo de saúde é deficitária e que não merece atenção dos estudiosos:

“Esse processo vem ocorrendo em menos de uma década com a inserção de cursos que trabalham com a Saúde Pública (...).”
(Entrevistada L)

“Hoje na minha universidade, como é uma universidade que não é pública. Ela é uma universidade privada. Ainda se encontra muito o discurso de privado! Eu acho que ainda hoje se forma muitos profissionais para a saúde privada. Mas! Alguns movimentos lá dentro que a gente consegue fazer para ganhar mais força. A gente está conseguindo como, por exemplo, colocar as disciplinas de Saúde Pública e Saúde Coletiva presenciais, que eram à distância.”
(Entrevistado G)

“É um conceito que vem se modificando dentro da universidade. E vem construindo um novo pensar eu acho nos alunos através disso assim... Que não é só de fazer... De trazer só uma teoria, mas de abrir portas assim pra ti ver como é que as coisas são... Pra ti vivenciar como é que as coisas são...”
(Entrevistada J)

Atualmente devido a algumas exigências legais dos aparatos institucionais estatais os aparatos institucionais universitários vem implementando algumas reformulações curriculares que juntamente com o tríplice aspecto do ensino-pesquisa-extensão vem modificando de forma gradual algumas articulações discursivas da formação em saúde. Entretanto, como nossos entrevistados evidenciam, existem ainda grandes dificuldades para estagiar ou ter qualquer tipo de contato prático com a saúde pública através dos aparatos universitários:

“E eu conheço o discurso da UNISINOS. E a UNISINOS, ela me vende que eu estou num curso voltado para as práticas sociais de políticas públicas. Não sei aonde? Não sei! Porque ela me vende isso sabe? Mas quando eu vou lá fazer o meu segundo estágio obrigatório. São três semestres consecutivos no mesmo espaço. Um ano e meio sem ganhar um real! Oitenta por cento das vagas que a UNISINOS oferece é em hospital particular. Óbvio! Tem SUS ali dentro? Tem! Mas até agora. Mas até chegar ali e muitos saindo dali não pensam nisso.”
(Entrevistada B)

“Daí então depois só no semestre final de internato que é cento e noventa e cinco horas que tu tem um contato direto com a ESF que são trinta dias que tu tem vínculo pra fazer com a comunidade e entender que aquilo ali é saúde pública. Não que necessariamente o hospital não seja saúde pública. Só que quando a gente tem que pensar que a saúde pública também é prevenção e promoção. Não é? Que é o que a saúde privada não faz! Nós estamos muito longe principalmente se a gente for pensar as Diretrizes Curriculares Nacionais não é? Que é a questão que para mim hoje está defasado perto daquilo que a gente precisa para agora! Para o Brasil não é?”

(Entrevistada E)

As diversas significações do significante vazio *saúde pública* se encontram em disputa por uma multiplicidade de discursos junto às formações discursivas da formação dos trabalhadores no campo da saúde. As significações recobriram desde um ideário da Reforma Sanitária até o ideário consensual da opinião pública à respeito do SUS. Essa multiplicidade de discursos favorece com que o consenso flexneriano se hegemonize e desarticule as práticas discursivas que tencionem enunciar outras possibilidades do significante *saúde pública*:

“No curso de X⁶⁸ o que a gente mais vê é a questão da saúde pública como sendo o auge do marco democrático no país e que a partir desse marco democrático é onde a gente consegue garantir o acesso do direito ao cidadão. E que bom! A X⁶⁹ é uma destes profissionais que vão fazer a garantia do acesso dos cidadãos do país a essa política.”

(Entrevistada D)

“Então na X⁷⁰ Saúde Pública é sinônimo de postinho assim... Saúde Coletiva é no posto e é isso... Concurso, mas não tem muito assim... (...). Porque é muito, muito voltado para o consultório particular ainda. Embora tenha um novo currículo que seja integral pra formar profissional generalista e tal. Que é o que o SUS pede... Ainda é meio segmentado assim.”

(Entrevistada M)

“Chegando ao final do curso todo mundo não queria saber de SUS. “– O SUS é coisa de pobre!”, “– O SUS não dá dinheiro!” Quando chegou no último ano todo mundo se andou a fazer concurso público. Então, tiveram uma formação para trabalhar numa clínica. Imagina! Para trabalhar no sonho cor de rosa deles que eu não sabia de onde iriam tirar a clínica deles. No fim se deram conta de que não iriam trabalhar na clínica e se andaram a fazer concurso para trabalhar no SUS. Por quê? Porque no concurso se tem estabilidade. Então de novo a lógica do capital...”

(Entrevistada C)

A hegemonia flexneriana não é indissociável do suporte estrutural dos aparatos institucionais estatais através da significante *saúde pública*. Como demonstramos em nossa pesquisa anterior (FÜHR, 2013) a suplementariedade do discurso privatista se apropria dos significantes da saúde pública para implementar suas práticas hegemônicas. Desse modo formações discursivas onde profissionais da saúde privada sejam concursados não são incoerentes.

⁶⁸ Nome do curso desidentificado para preservar a identidade da entrevistada e do curso.

⁶⁹ Nome da categoria profissional desidentificada para preservar a identidade da entrevistada e da profissão.

⁷⁰ Nome do curso desidentificado para preservar a identidade da entrevistada e do curso.

Incoerentes na verdade são as formações discursivas dos aparatos institucionais universitários que mesmo sabendo que em média 70% dos estudantes concluintes dos cursos universitários do campo da saúde irão trabalhar vinculados a saúde pública, continuam estruturando seus currículos e o tríplice aspecto do ensino-pesquisa-extensão voltados para a saúde privada. Descamba-se com isso que os sujeitos posicionados em articulações discursivas distintas destas formações discursivas flexnerianas, necessitem buscar outros contextos para sua formação junto ao campo da saúde, para que lhe sejam enunciadas outras significações significantes mais aproximados de sua identificação discursiva:

“A gente conheceu a ala SUS e a ala privada do hospital. (...). A gente teve esse conhecimento dos serviços. E os serviços públicos estavam inseridos nisso. Porém, a gente simplesmente conheceu o serviço. A gente não teve uma instrução de um olhar crítico de por que é que isso aqui é a ala SUS e por que é que isso aqui é a ala privada. O que é que isso significa? (...) E ter noção e entender quais serviços eu estava conhecendo foi um interesse meu! Foi uma busca minha de querer entender. (...). Que a minha universidade não me instruiu, no caso, a pensar sobre a saúde pública. Não houve esta instrução: pensar sobre saúde pública. Ela só me mostrou que ela está ali: “entenda como quiser”.

(Entrevistada A)

“O que eu ando aprendendo a respeito de saúde pública são buscas minhas assim... Não é? Eu tenho feito cursos de extensão fora da universidade. Tenho participado de coletivos de fora da universidade. Tenho participado de estágios de vivência fora da universidade. Uma ou outra disciplina geralmente eletiva não é? São oferecidas assim. (...). Se fala pouco! Se fala o que deveria ser e não o que é! Pelo menos na maioria dos cursos. (...). Para que realmente possa conectar esses estudantes com essa realidade de forma maior... Mas até mesmo na X⁷¹ eu ainda sinto que falta esse tipo de direcionamento e de reflexão. Porque a gente sabe que a política de saúde e a política de assistência social são políticas públicas não é? Elas são as maiores empregadoras das pessoas formadas em X⁷², por exemplo... Então é muito contrastante e dicotômico eu diria o fato de a universidade não nos formar para trabalharmos direcionados para essas áreas. O que muito provavelmente a maioria dessas pessoas vão acabar trabalhando com saúde pública. Sem saber o que é!”

(Entrevistado H)

Os sujeitos que entrevistamos tencionam buscar outras significações para o significante da saúde pública em contextos similares ao VER-SUS onde são apresentadas articulações discursivas distintas das formações discursivas usualmente enunciadas nos aparatos institucionais universitários. Relações sociais são constituídas nestes contextos não hegemônicos da formação em saúde que estruturam um conjunto de significantes com os quais alguns sujeitos se identificam:

⁷¹ Nome do curso desidentificado para preservar a identidade da entrevistada e do curso.

⁷² Nome do curso desidentificado para preservar a identidade da entrevistada e do curso.

A ideologia oferece especialmente uma consistência imaginária (realidade que ele imagina ser a única) e simbólica (linguagem que lhe certifica que essa realidade é sem dúvida a única). O simbólico se estrutura como um conjunto de significantes com os quais o sujeito se identifica para lhe representar no laço social e, assim, construir suas relações sociais (JARDIM; LARA JR., 2014, p.42).

O simbólico e o imaginário constituídos na realidade material das formações discursivas enunciadas junto aos aparatos institucionais universitários, e das articulações discursivas enunciadas junto aos aparatos presentes no VER-SUS; também evidenciam significações onde o significante da *saúde privada* igualmente é um significante vazio. Um significante vazio onde uma multiplicidade de discursos disputam sua hegemonia enunciativa. Na nona pergunta que realizávamos durante as entrevistas: “*Como é o discurso da universidade em relação à saúde privada?*”, o antagonismo estabelecido para com a saúde privada ficou explícito nas formações discursivas enunciadas pelos sujeitos entrevistados:

“Eu acho que tudo o que a gente aprende no curso é em relação a saúde privada. Eu aprendo a importância do dinheiro no tratamento não é? A questão do pagamento... Eu aprendo a como estabelecer um set terapêutico. A como montar um consultório privado. Eu aprendo a como lidar em um consultório privado. Eu aprendo que eu preciso sentar perto da porta de um consultório privado. Eu aprendo tudo voltado para um consultório privado. A questão do privado é vendido...”
(Entrevistada B)

Ah é o que dá dinheiro! (risos) Saúde Privada é... É que meu curso é muito voltado pra isso! Ah! Tipo agora tem a X⁷³ que agora está mais em alta. E eles vão falando as especialidades que dão mais dinheiro. Até nas aulas mesmo. Eu não sei, mas na X⁷⁴ é muito a vida real. Assim a Saúde Privada é o que tem! É o que é mais abordado. Conforme vai aparecendo é como se essa fosse a única coisa que existisse... Até porque eles tiveram e têm consultório particular e tal... É isso assim... Eles ignoram ali que tem gente que quer fazer concurso...”
(Entrevistada M)

“Já o discurso em relação à saúde privada seria mais referente a planos de saúde mesmo e um discurso favorável assim...”
(Entrevistada F)

Enquanto que, no primeiro bloco de enunciações analisadas, os antagonismos significantes entre saúde e doença eram hegemônicos; nesse bloco de enunciações percebemos como estas formações discursivas e ideológicas se amalgam ao modelo biomédico e biologicista que nossos entrevistados enunciam de forma bem significativa. A universalidade ausente da formação flexneriana é preenchida por variados elementos que tencionam locupletar seu vazio constitutivo:

⁷³ Nome da disciplina desidentificada para preservar a identidade da entrevistada e da disciplina.

⁷⁴ Nome do curso desidentificado para preservar a identidade da entrevistada e do curso.

“Acredito eu pela universidade estar muito relacionada com o biológico. Com o conceito de saúde e o conceito de doença. E a formação da X⁷⁵ ainda é flexneriana. Ela tem o modelo bem antigo assim... Ah... Ela está associada a especialidade e portanto está associada ao hospital. E bom! Quando tu associa normalmente a saúde ao hospital. Tu entende que o privado é melhor que o público. Por conta de toda a parafernália tecnológica.”

(Entrevistado I)

Os sujeitos também evidenciaram em suas enunciações o importante posicionamento que os sujeitos professores possuem na significação da saúde privada junto às formações discursivas do contexto universitário. Evidenciaram novamente a aparente incoerência de seus professores estarem concursados junto à saúde públicas e incorrerem em práticas discursivas que priorizam a saúde privada enquanto contexto profissional de futura atuação dos sujeitos estudantes.

“A saúde privada ainda é a âncora não é? É o carro chefe da universidade. Tem mestres lá... Professores que o discurso é totalmente focado na saúde privada. Então se nós formos pensar hoje que tipo de profissionais estão saindo hoje das universidades... São profissionais voltados para a saúde privada!”

(Entrevistado G)

“O discurso teórico de aula não existe. Mas nas conversas de corredor assim... Não é? Todos os professores são seguidores e aptos assim de Saúde Privada e tudo o mais...”

(Entrevistada J)

“Com relação à saúde privada. Muito incentivo. Mas são todos concursados...”

(Entrevistada C)

As práticas discursivas dos sujeitos professores é apenas uma das formações discursivas que somadas a outras formações ideológicas vão estabelecendo o que consensualmente se hegemoniza como sendo o ideário profissional com que os sujeitos estudantes vão se identificando. Centramentos discursivos das práticas assistenciais, médicas, hospitalares e capitalistas estabelecem o horizonte com que o flexnerianismo se hegemoniza:

“E a gente vê que muitas vezes esse apaixonamento dos estudantes de X⁷⁶ pela clínica se dá muito cedo! A pessoa já entrou no curso pensando quando eu abrir o meu consultório e coisas do gênero. Então me parece que assim é um discurso cheio de floreios e que atrai muita gente não é... Muito repetitivo e acaba indo para um outra linha e geralmente quem já tinha uma afinidade anterior. No caso minha afinidade com política públicas vem da vida! Não é? Pra mim não faz sentido trabalhar numa clínica privada.”

(Entrevistada H)

⁷⁵ Nome do curso desidentificado para preservar a identidade do entrevistado e do curso.

⁷⁶ Nome do curso desidentificado para preservar a identidade do entrevistado e do curso.

As cadeias significantes enunciadas perante a saúde privada evidenciaram como as formações discursivas dos aparatos institucionais universitários são permeadas por inúmeros elementos supostamente presentes, enquanto que cadeias significantes enunciadas perante a saúde pública evidenciam justamente a suposição de ausência destes elementos. Nossos entrevistados evidenciaram também como a saúde pública era relacionada enquanto formação discursiva suplantada, e não suplementada, pela saúde privada:

“A universidade trabalha com estas duas realidades. O público e o privado. Acredito que uma universidade pública como a UFRGS integram essas atividades voltadas para o interesse privado de uma minoria.”
(Entrevistada L)

“Dentro disso a gente tem o setor privado das coisas! E bom! Óbvio que ao fazer essa redistribuição de saúde e não podendo deixar de lado quem lhe coloca no poder, vai ter que fazer uma mediação entre esses dois âmbitos assim... Nada de surpreendente estaria no setor privado fazer a prestação dos serviços.”
(Entrevistada D)

“Ela não vê como uma saúde suplementar. Ela vê como algo que vem a colaborar com o SUS no sentido de que as pessoas estão desafogando a porta de entrada do SUS. Só que na verdade elas não entendem que aquilo ali... Que por mais que as pessoas tenham um acidente na rodovia, elas vão utilizar a SAMU para ir até o hospital. No hospital por muitas vezes o plano não paga o leito. Então a pessoa vai usar o SUS. Os exames, a Unidade de Terapia Intensiva é somente o SUS. Então muitas pessoas e a universidade trás isso muito forte... Querem uma saúde privada que venha a colaborar com o SUS.”
(Entrevistada E)

A suplantação da saúde pública em detrimento da saúde privada, ou seja, a colocação da saúde pública aos pés da saúde privada, e não o contrário, como pressupõem idealmente a CF e leis complementares posteriores, exerce tamanha influência nas formações discursivas hegemônicas junto aos aparatos institucionais universitários, que chegam inclusive a promoverem práticas discursivas altamente questionáveis. Segundo enunciação de uma de nossas entrevistadas, uma universidade comunitária (isenta fiscalmente dos impostos pelos aparatos institucionais estatais) conduz a estágios curriculares onde os sujeitos estudantes estruturam o gerenciamento de hotelaria dos planos de saúde privados junto a contextos hospitalares públicos:

“Eu passo um semestre inteiro de gerenciamento e hotelaria trabalhando para Unimed, IPE, FUSEX através de uma universidade comunitária que é filantrópica para planos de saúde de graça e pagando pra estar lá dentro aliás...”
(Entrevistada E)

Estando em disputa por uma multiplicidade de discursos que tentam significar as significantes saúde pública e saúde privada em sua plenitude comunitária ausente, estabelece-se uma relação hegemônica junto à formação dos trabalhadores junto ao campo da saúde. Estando esta relação hegemônica permeada por práticas discursivas flexnerianas que suplantam a saúde pública em detrimento da saúde privada, é quase lógica que a articulação dos distintos elementos no campo da saúde também será uma relação hegemônica capitalista:

Esta relação pela qual um conteúdo particular passa a ser o significante da plenitude comunitária ausente, é o que Laclau chama de relação hegemônica. A mesma se estabelece quando uma das diferenças internas adquire a forma de um significante vazio, atuando como particular, que através de uma operação hegemônica, articula os elementos de um espaço político (levando a não realização plena de identidades dentro da estrutura assim constituída) e encarna o lugar do universal, fechando assim o jogo das diferenças. A presença do significante vazio é a própria condição da hegemonia (GIACAGLIA, 2009, p.79).

Para concluirmos este segundo bloco de perguntas sobre as formações discursivas desenvolvidas junto aos aparatos institucionais universitários, realizávamos a décima pergunta: “*Quais são as disciplinas que abordam a saúde pública e o SUS em teu curso?*” As enunciações de nossos entrevistados reforçaram em grande medida tudo aquilo que já fora postulado até aqui. Aqueles entrevistados que inclusive vislumbravam transformações junto às formações discursivas dos aparatos institucionais universitários, no que condiz as práticas discursivas flexnerianas, evidenciavam aqui as difíceis condições materiais de produção de contextos disciplinares e discursivos que expusessem a realidade da saúde pública e suas possíveis articulações discursivas. Uma recorrência que com certeza não é exceção, mas igualmente não é a regra, foi à enunciação de que em determinados cursos são desenvolvidas disciplinas que articulam saúde pública no primeiro e no quinto semestre de suas graduações:

“E daí tu vai falar sobre o SUS lá no quinto semestre?! E quando tu vai falar muitas vezes tu tem um professor que entende muito mais de dar aula... Eu diria... Quase insignificante não é? Então se tu tem alguma militância relacionada a saúde pública. Se tu é usuário do SUS. Enfim! Se tu participou de algum espaço tu percebe o quanto aquela aula é um discurso meio vazio.”

(Entrevistada H)

“Uma disciplina que se chama seminário integrador. Uma disciplina bem interessante pensando o teórico dela. O prático dela já é um pouquinho mais complicado. Mas ela forma grupos... Enfim! Ela forma grupos com estudantes das áreas de saúde que a gente tem aqui na universidade e nós vamos até... Nós vamos até as unidades. Ah... Atenção primária prioritariamente. As outras disciplinas é como eu te disse... Alguma disciplina pincela...”

(Entrevistado I)

“Ah! Agora é a hora que eu começo a chorar! Saúde Coletiva e X⁷⁷ Preventiva. São duas disciplinas. Só! Saúde Coletiva é no primeiro semestre e a X⁷⁸ Preventiva é no quinto. E depois a gente só vai fazer um estágio obrigatório com contato mais direto no último ano. No sétimo e oitavo semestre. É... Está complicado assim... Está bem complicado na verdade...”

(Entrevistada J)

“Eu acho que a gente tinha que ter um mínimo de 30% das cadeiras para que profissional em saúde soubesse o que é saúde pública assim... É deprimente que a gente não seja preparado para trabalhar em saúde pública. Até hoje eu acho que sou capenga nisso. Tenho que estudar mais.”

(Entrevistada C)

Apenas uma de nossas entrevistadas evidenciou que as formações discursivas de seu curso e aparato institucional universitário estão estruturados de formas distintas das práticas discursivas hegemônicas. O curso em questão é a graduação em Saúde Coletiva que atravessa a grade curricular de outras graduações enquanto disciplina e similares configurações, justamente enquanto articulação discursiva que possibilita em aspectos residuais com que a saúde pública seja abordada na formação dos trabalhadores no campo da saúde:

“O curso de Saúde Coletiva da UFRGS não é estruturado através de disciplinas, mas sim através de unidades de produção pedagógica. Que trabalham com linhas de formação: trabalhando o planejamento, gestão, avaliação em saúde, promoção, educação e vigilância em saúde.”

(Entrevistada L)

Para compreender quais são as formações ideológicas estabelecidas entre os sujeitos e os aparatos institucionais não universitários no seu contexto com o VER-SUS, iniciávamos um novo bloco de perguntas. A primeira pergunta deste bloco e a décima primeira das entrevistas semiestruturadas que realizávamos consistia na seguinte problematização: *“Como tu percebes as práticas do Estado em relação à saúde pública?”* Nossos entrevistados ao enunciarem suas respostas evidenciaram algumas das contradições com que o Estado incorre nas relações que estabelece ao promover saúde pública para a população: teoria/prática, políticas de Estado/políticas de Governo, formação em saúde/residência em saúde, assistência/promoção e prevenção, entre outros:

“Eu acredito que existe ainda uma grande diferença entre teoria e a prática. Onde na prática as políticas de Estado deixam muito a desejar quanto a sua execução.”

(Entrevistada K)

⁷⁷ Nome da disciplina desidentificada para preservar a identidade da entrevistada e da universidade.

⁷⁸ Nome da disciplina desidentificada para preservar a identidade da entrevistada e da universidade.

“A saúde vem sendo pensada em nível governamental, porém quando suas propostas chegam aos estados ocorre quebra de pacto, ou seja, nem sempre o que é proposto pelo governo é seguido pelos Estados e seus governantes.”
(Entrevistada L)

“Ah! Como eu estou vivenciando na residência assim eu acho que tem bastante coisa na área da saúde. E... Mas eu fui ver mais isso agora na residência assim, mas na minha formação nem tanto!”
(Entrevistada M)

“(...) o Estado não vêm sabendo financiar locais que devem ser financiados. Eu na minha visão acho que um local que deve ser priorizado é a atenção básica, só que não é o que se vê... Pelo menos não na minha região não é?! E é muito priorizado a atenção terciária. Hospitais!”
(Entrevistada F)

“Dependendo de que tipo de pessoa for. A gente percebe que tudo o que está na sociedade está dentro deste espaço de saúde. Que deveria produzir saúde, mas que na verdade cuida de doença.”
(Entrevistada H)

O conceito de Estado entendido como aparato institucional que opera através de formações ideológicas privadas e capitalistas redonda em práticas discursivas que negam qualquer caráter realmente social de uma saúde pública eficiente. Segundo nossos entrevistados, qualquer que seja a defesa do direito à saúde, é necessário um constante embate ideológico para que o Estado e seus aparatos junto à formação em saúde sejam condizentes com um mínimo de possibilidade de avanços e não de retrocessos:

Então se tu não mantiver um embate permanente entendendo o Estado como o Estado burguês. O Estado de privados. Se tu não mantiver a luta permanente, o privado vai tomar conta. Que é o que o momento histórico inclusive no Brasil e por todas as pontas ele é complicado... Então a gente está vendo várias possibilidades de retrocesso. Ah... A possibilidade de financiamento externo. (...). Enfim! O Estado... Ele serve para outra coisa que não a quem ele deveria servir. Então depende de quem está ali... Depende de quem... Do que manda a economia mundial... É uma ferramenta para interesses... Quando dá cede um pouquinho mais... Para as pessoas ficarem um pouco mais tranquilas. Quando não dá... Corta um pouquinho mais. Porque sim! A tendência é essa! Infelizmente a saúde como direito não deve vir pela via estatal ou felizmente. Não sei!
(Entrevistado I)

Formações ideológicas não levadas a cabo com relação à saúde pública por parte dos aparatos institucionais estatais influenciam de modo consensual com que formações discursivas presentes na formação dos trabalhadores junto ao campo da saúde, em vários contextos, não considere a saúde pública como um espaço salutar para as práticas discursivas dos futuros profissionais de saúde que hoje são estudantes universitários.

“Se pense em mudar a formação da X⁷⁹. Ah... Se pense numa carga horária... Se pense num piso salarial... E a X⁸⁰ também não tem isso: Nenhum piso salarial ou uma carga horária estabelecidos. E eu acho que tudo isso tem que ser pensado não é? Então eu acho que o Estado ainda falta muito com os profissionais de saúde. E eu acho que com o SUS, no momento que ele abre tanto para a privatização e é um ralo de dinheiro...”

(Entrevistada D)

“Elas são bem deficientes na verdade. E daí eu acho que na teoria é muito boa, mas a prática ainda está bem longe do que poderia ser. (...). Que há um desejo por uma apropriação maior por parte da população. Mas também a população não se apropria. E se a população não se apropria, o Estado se acha no direito de dever.”

(Entrevistada B)

“Eu acho bastante complicado assim... Até é um assunto que a gente meio que evita falar. Ou a gente fala muito ou a gente não fala porque é bem desconfortável assim... Olhar para isso... Bem desmotivante também... Tipo te tira o tapete assim debaixo...”

(Entrevistada J)

Conforme nossos entrevistados, estas formações ideológicas provocam duas perspectivas de articulação discursiva dos aparatos institucionais estatais e a saúde pública. A primeira perspectiva é tentar ignorar que se fale sobre saúde pública e as contradições que estes aparatos institucionais estatais incorrem. A segunda perspectiva não se omite ou ignora as enunciações sobre as contradições perpetradas pelos aparatos estatais, mas adotando tal prática discursiva e se identificando com as propostas de saúde pública, precisa arcar com significações significantes da mesma e que não são consensualmente positivas.

O antagonismo desta dupla perspectiva é constantemente colocado em disputa nas práticas discursivas que os aparatos institucionais estatais estabelecem enquanto formações ideológicas. Os programas e os projetos políticos desenvolvidos pelos aparatos institucionais estatais como o VER-SUS sempre aparentam esta ambivalência de intencionalidades discursivas como enuncia uma de nossas entrevistadas:

“Entretanto, eu vejo também que o Estado, o Brasil, enfim, a sociedade em que a gente vive, a gente vive num Estado capitalista. E o SUS é um remanescente parecido com o socialismo. É como se fosse um pontinho de resistência assim... Então da mesma forma que aparentemente o Estado está investindo, (...). Eu tenho o pé muito atrás assim... Tenho muito receio de que até que ponto essas políticas estão visando à melhora e não são algum tipo de estratégia pra que, enfim, não dê certo. Eu infelizmente tenho esse receio... Porque o SUS não interessa, não é? A quem é que vai interessar o SUS? Ninguém vai, entre aspas, num discurso capitalista, ninguém ganha com a saúde... Se não é mercadoria, qual é a graça de investir? Por que o Estado brasileiro iria investir em saúde? Qual é o retorno que haveria nisso? (...)”

(Entrevistada A)

⁷⁹ Nome do curso desidentificado para preservar a identidade da entrevistada e do curso.

⁸⁰ Nome da área profissional desidentificada para preservar a identidade da entrevistada e da área profissional.

Enunciadas as significações dos sujeitos perante a saúde pública praticada pelos aparatos institucionais estatais, partíamos para a décima segunda pergunta: “*Como tu percebes as práticas do Estado em relação à saúde privada?*”, tencionando que nossos entrevistados igualmente enunciassem as significações da saúde privada praticada pelos aparatos institucionais estatais. As práticas discursivas que nossos entrevistados significaram com relação à saúde privada por parte dos aparatos institucionais estatais denota claro antagonismo com as significações que foram elencadas anteriormente com relação à saúde pública. Conforme uma de nossas entrevistadas enunciou, se com a saúde pública os aparatos institucionais estatais vêm “faltando” constitutivamente com suas responsabilidades, com a saúde privada os mesmos vêm “sobrando” em suas intencionalidades:

“Eu acho que se com relação à saúde pública. Há uma dívida. Uma falta! Em relação à saúde privada é como se tivesse um sobra. Sabe? Porque se então eu não dou conta da saúde pública então eu sustento a saúde privada para que ela dê conta do que eu não dou conta.”

(Entrevistada B)

A sobra de intencionalidades práticas e discursivas com que os aparatos institucionais estatais desenvolvem relações com a saúde privada estabelece uma série de formações ideológicas onde à opção pelo privado sempre parece ser vantajosa a uma grande maioria, mas que na verdade só é vantajosa a uma pequena parcela de sujeitos que visam o lucro doentio e não a saúde social da população. Com o estabelecimento destas formações ideológicas os aparatos institucionais estatais sobredeterminam igualmente o modo com que a formação em saúde é praticada discursivamente:

“Ao Estado muitas vezes acaba por ser imposto a aceitar determinados acordos que nem sempre lhe são vantajosos para a sociedade, mas sim para o interesse privado de determinadas instituições que visam o lucro e não o bem-estar da população.”

(Entrevistada L)

“Eu acho que o Estado acaba priorizando e optando pela saúde privada não é... Por ser mais... E financiando a filantropias. Não sei direito como funciona, mas acredito que seja algo assim... Ah, por interesses financeiros assim... E não por e pela saúde da população. E acaba vendendo a ideia de que a saúde privada é melhor e tem mais qualidade.”

(Entrevistada F)

“A saúde privada querendo ou não eles recebem uma parcela de ajuda do Estado não é? É uma grande parcela... Temos as questões aí dos financiamentos de campanha que muitas vezes são os principais ganchos que eles pegam pra participação do Estado nas suas contas.”

(Entrevistado G)

“E também a questão de utilizar muito dos recursos mais privados pra tentar sanar uma responsabilidade que seria do Estado! Então como é o exemplo do IMESF em Porto Alegre... Então como é o caso do Moinhos de Vento na Restinga. Não é? São os serviços que tem que ser SUS... Atendem pelo SUS, mas a iniciativa é privada não é? Então o que é que está acontecendo aí? Quem e que sai ganhando com esse tipo de combinação? Que ao invés de criar uma estrutura fixa e permanente pra determinado bairro, eu coloco uma equipe que vai entrar e vai sair...”

(Entrevistada H)

Neste mesmo contexto de significações, nossos entrevistados trouxeram igualmente outro significante muito presente quanto abordamos a relação entre os aparatos institucionais estatais com esferas da ordem do privado: a corrupção. Na enunciação de formações ideológicas que priorizam a inserção da suplementariedade (ou seria suplementação?) da saúde privada em detrimento das iniciativas de saúde pública, coloca-se em questionamento quem são os sujeitos que possuem condição de procederem à escolha destas mesmas práticas discursivas priorizadas. Entretanto, das enunciações de nossos entrevistados, apenas dois pontuaram aspectos sobre a corrupção das relações entre o público e o privado se atendo as cadeias significantes usuais sobre o tema:

“(...) Então eu não sei tudo o que ocorre por trás dessas questões corruptas. Essas pessoas que são pagas para deixar com que isso aconteça não é? E isso sem dúvida existe não é? (...). O que eu quero dizer com tudo isso assim é que existe uma corrupção muito forte que utiliza da saúde para questões políticas e as questões privatistas se utilizam muito disso não é? Porque podem corromper estas pessoas para conseguir o que elas querem não é?”

(Entrevistada E)

“Cara! Entendendo de novo o Estado como quem representa o Estado. Ah... E entendendo estes representantes como boa parte deles financiados pela Saúde Privada... Não tem como não perceber uma grande defesa ainda que muitas vezes velada com relação à Saúde Privada. E bom! Tudo isso dentro do SUS é assim muito claro! Como o grande boom do dinheiro vai para o privado e não para o público. Seja um laboratório. Seja na atenção terciária que é muito mais cara e que por isso tem interesse do privado. Então para mim é muito claro que o Estado e o SUS é uma das grandes formas de financiar a saúde privada. E bom isso está na prática do Estado.”

(Entrevistado I)

Estas significações precárias das formações ideológicas de como são percebidas as relações entre os aparatos institucionais estatais e a saúde privada podem indicar a fragilidade com que a formação dos trabalhadores em saúde é praticada discursivamente. Dos sujeitos em formação junto ao campo da saúde, poucos percebem as relações escusas estabelecidas pelos aparatos institucionais estatais com a saúde privada. Dos poucos que percebem, muitos ainda, se encontram envolvidos em instâncias em que estas mesmas relações escusas podem ocorrer.

Ainda no bloco de perguntas elaboradas para compreender as formações ideológicas estabelecidas entre os estudantes e os aparatos sociais envolvidos na ocorrência do VER-SUS realizávamos mais quatro perguntas que apesar de serem distintas revelaram o quanto os aparatos midiáticos estão atrelados discursivamente ao que significa como o consenso discursivo da sociedade em geral. A décima terceira pergunta de nossa entrevista consistia em: “*Como tu percebes o discurso da sociedade em relação à saúde pública?*” Não raras vezes nossos entrevistados vinculavam em suas enunciações de resposta a esta pergunta recorrendo ao papel dos aparatos midiáticos e sua influência nas formações ideológicas enunciadas consensualmente pela sociedade com relação à saúde pública em termos discursivos:

“É... Homogeneizando não é? Entendendo a sociedade como o discurso da maioria. E daí isso passa muito pela mídia. Não é? Ah... Na verdade é muito claro assim que a sociedade de uma forma geral quer ter o plano de saúde privado, porque o plano de saúde privado pra ele é mais qualificado. E isso passa inclusive por entender que hospital de regenerar a saúde e de se desconectar um pouquinho da atenção básica. Ah... Ainda que de certa forma isso esteja mudando quando a gente conversa com pessoas da periferia. A periferia que de fato utiliza o serviço da Atenção Básica. Mas de uma forma geral que o discurso da sociedade com relação a Saúde Pública é que o privado é sempre muito melhor. E se eu tiver opção eu sempre preferível estar no privado do que no público.”

(Entrevistado I)

“É um discurso muito inflamado assim... Um discurso muito senso comum assim a respeito daquilo que eu vi no jornal. E a mídia brasileira faz questão de cada vez mais diminuir assim o que tem sido feito. E o que se tem tentado fazer de saúde pública brasileira sempre trazendo aspectos negativos... É difícil tu ver uma reportagem falando sobre algo que tenha dado certo na saúde brasileira.”

(Entrevistada H)

“O discurso da sociedade sobre a Saúde Pública é manipulado pelas grandes mídias. O que vejo muitas vezes por se trabalhar dentro de um hospital público, o Hospital X⁸¹, é que quando os usuários foram mais bem atendidos, quando estes se dizem bem atendidos, reclamam do SUS e da Saúde Pública.”

(Entrevistada L)

A entrevistada L inclusive ilustrou em sua enunciação a pergunta em questão trazendo o relato de sua participação em uma pesquisa promovida pela Ouvidoria do Hospital X⁸² no qual era avaliada a satisfação do usuário. Nessa referida pesquisa os sujeitos mesmo considerando terem sido bem atendidos em uma unidade de alta complexidade mantida e pela saúde pública, quando tinham que avaliar o SUS acabavam desconsiderando esta situação:

⁸¹ Nome do hospital desidentificado para preservar a identidade da entrevistada e do hospital.

⁸² Nome do hospital desidentificado para preservar a identidade da entrevistada e do hospital.

“Das entrevistas que fiz os usuários de um modo geral que avaliavam o atendimento do hospital como bom. E na hora de dar uma nota para o SUS, essa sim era péssima. Fica fácil de entender esse comportamento quando no Brasil temos uma mídia que boicota o público e defende uma lógica neoliberal.”

(Entrevistada L)

Pesquisas de satisfação como estas citadas por nossa entrevistada demonstram como simplesmente os dados quantitativos podem omitir dados qualitativos de ordem significativa que são obliterados através de formações ideológicas dos aparatos estatais, midiáticos, sociais e outros possíveis. Determinadas formações ideológicas são significadas de forma precária nas enunciações sobre a saúde pública tendo em vista a própria falta de exatidão das formações discursivas que amalgam significantes como governo e Estado ou público e privado:

“Eu acho que o povo não está satisfeito e talvez se confunda um pouco com a questão de governo e de não satisfação governamental, e isso se reflita um pouco para todos os âmbitos governamentais. Inclusive para o Sistema Único de Saúde não é?(...). Então o povo está lá recebendo cirurgia. Recebendo um tratamento amplo, mas ainda assim insatisfeito.”

(Entrevistada J)

Soma-se a isso o fato, que alguns de nossos entrevistados significaram como sendo uma “cultura”, mas que podemos denominar como sendo formações ideológicas que impregnam toda uma cadeia significativa desmerecedora e precarizante ao contexto da saúde pública estruturado em território brasileiro através do SUS. Essa cadeia significativa também exerce sua influência junto aos aparatos institucionais universitários, que ao invés de estabelecerem uma perspectiva crítica com relação a estas formações ideológicas, acabam hegemonicamente endossando-as enquanto formações discursivas flexnerianas. As formações ideológicas dos consensos estabelecidos discursivamente pela sociedade somadas as formações discursivas da formação dos trabalhadores sobredeterminam o campo da saúde e boa parte das possibilidades de articulações discursivas e ideológicas que tentam se estruturar:

“Quem utiliza acaba tendo uma visão diferente daquele pessoal que está impregnado daquela cultura de que é ruim! E eu acho assim que a parte assim que é realmente precária acaba sendo a atenção básica. E é onde a população acaba tendo mais acesso e não são atendidos como deveriam...”

(Entrevistada F)

“Ser contribuinte e dar até acesso a saúde ela ainda de fato permanece não explícita, mas ela ainda permanece. De uma forma que permanece onde as pessoas se sintam menos valorizadas por ter que usar o SUS. Se sintam menores ou que se sintam até assim... (...) Menosprezadas por terem que usar SUS.”

(Entrevistada B)

“Porque no imaginário de toda a sociedade, se tu tem dinheiro tu paga privado. Não vai no SUS. Isso é uma lógica que eu quero romper.(...). Tem esse imaginário de que só o que presta é o privado. O SUS não presta.”
(Entrevistada C)

Interpeladas as significações perante a significação consensual da sociedade com relação à saúde pública, procedíamos em seguida à pergunta correspondente a significação consensual da sociedade com relação à saúde pública através da décima quarta pergunta: *“Como tu percebes o discurso da sociedade em relação à saúde privada?”* de nossa entrevista semiestruturada. Nossos entrevistados enunciaram algumas cadeias significantes de como a população consensualmente significa positivamente o fato de ter acesso a planos ou convênios privados de saúde mediante pagamento. Significações como merecimento / prioridade / cultura / maravilha foram algumas das enunciações referidas como dando sentido discursivo a suposta completude com que a saúde privada é significada consensualmente pela sociedade:

“O merecimento. É como se fosse assim um convênio. Qualquer forma de convênio. Eu tenho convênio porque eu mereço ter convênio. Não é? Eu mereço um plano de saúde porque eu fiz isso primeiro. Porque eu trabalho. Porque eu tenho condições de pagar.”
(Entrevistada B)

“Eles pagam um plano de saúde. Porque como está no nosso imaginário e da sociedade de que só o plano de saúde privado é só que presta. Então ele vai e paga um planinho de saúde. Só que o plano de saúde que ele paga é muito bagaceiro. É o mais simples de todos. Igual não vai resolver os problemas dele, mas está levando o dinheiro dele. E ele não tem capacidade de entender de que ao invés dele fazer gritaria, ao invés dele pagar esse plano de saúde e de ir lá dizer que eu estou pagando e quero atendimento igual e ele não é atendido. Ele podia fazer isso no SUS. Toda a sociedade ganha com isso!”
(Entrevistada C)

“O pessoal idealiza a saúde privada e acabam tendo ela como prioridade em muitos orçamentos familiares.”
(Entrevistada F)

“A saúde privada é a menina dos olhos de toda a sociedade não é?! Questão cultural principalmente. (...) Sobre essa... Como eu vou te dizer? Sobre essa cultura capitalista...”
(Entrevistado G)

“Eu acho que quando o povo paga, o povo é mais exigente, do que quando o povo é atendido pelo SUS. Então eu acho que sempre vai existir esses dois lados. Isso não é uma construção como é no SUS. Isso é cultural e não é cultural.”
(Entrevistada J)

“Acredito que para muitos cidadãos seria um privilégio ter condições financeiras de pagar para ter um atendimento particular ou por um plano privado. Para muitas pessoas a ideia de ser um serviço privado pede melhor atendimento e melhor qualidade. Sem esperas! Quem adquire um plano de saúde ou paga por consultas particulares em sua maioria não sabe ou não entende que está usando o Sistema Único de Saúde.”
(Entrevistada L)

“Acho que é como se fosse algo mais resolutivo. Ah! Porque se eu for no médico privado resolve, mas o SUS não resolveu.”
(Entrevistada M)

“A saúde privada pra sociedade é uma maravilha sendo que não é bem assim que funciona. Tem várias coisas que não funcionam na Saúde Privada e funcionam no SUS.”
(Entrevistada O)

“Até tem uma palhaçada que acontece que é bem disseminada entre vários estudantes da X⁸³. Que ficam fazendo piada que quando a pessoa vai no médico. Vai fazer um exame. Não é? Logo assim e vai toda arrumada. Que bom... Esse é o lazer da pessoa que tem menos dinheiro. Olha o absurdo?!”
(Entrevistado I)

As significações percebidas junto à sociedade com relação à saúde privada chegam inclusive a constituir sátiras estudantis que ironizam o fato de que o acesso à sanitariedade privada se constituiria no lazer das classes sociais proletárias. Esta ironia ilustra uma das inúmeras significações com que as distintas formações ideológicas antagonizam em um extremo a iconização mercantil da saúde privada e de outro a precariedade eminentemente mediatizada da saúde pública de outro:

“A publicidade que é feita em cima dos planos e dos convênios é a coisa da vida! Todo mundo lindo na propaganda não é tudo mais... E o SUS não tem marketing! Ele não tem esse trabalho na televisão uma propaganda... Não é? Ele tem a questão do atendimento ali no teu dia-a-dia. Na tua vida! No teu dia-a-dia e em tudo! No teu ar, no teu esgoto, na tua água, na tua comida, não é? Na tua assistência... Em tudo! Assim...”
(Entrevistada E)

Este antagonismo significativo em sua concepção necessariamente não vinculada, mas consensualmente significada em termos discursivos junto à da sociedade omite uma série de articulações discursivas e ideológicas que deixam de ser enunciadas justamente porque poucos contextos são constituídos em que se explicitem outras lógicas que não aquelas que visem o lucro e os objetivos da saúde privada. Conforme a enunciação de nossos entrevistados tanto no âmbito da formação em saúde dos trabalhadores quanto nos consensos estabelecidos pela sociedade estas formações ideológicas estão hegemônicas:

“O discurso vai sempre obviamente para o lado que lhe convém. Tanto no âmbito da universidade quanto na formação dos cursos e nananá... Tanto da concepção de sociedade... Do tipo que sociedade a gente está falando? De que comunidade? De que extrato social da sociedade a gente está falando não é? E bom o discurso vai ser daquilo que melhor convier a estes grupos não é!”
(Entrevistada D)

⁸³ Nome do curso desidentificado para preservar a identidade do entrevistado e do curso.

“Então às vezes a lógica é uma lógica do lucro. Uma lógica capitalista não é? Eu não estou oferecendo um serviço porque eu quero a tua saúde. Eu quero o teu dinheiro! Então se tu não estás doente pra mim é melhor. Eu acho que tem sido assim. Mas ainda assim existe o incentivo maior para que a população tenha plano de saúde e não acesse o SUS. Nesse sentido assim... Então é isso que eu digo: Quanto mais as pessoas utilizarem o SUS, mais pessoas estarão reclamando dos serviços e mais o estado vai ter que dar conta dessas necessidades. Então se eu pego essa demanda e mando essa demanda para o setor privado, daqui a pouco eu não preciso dar conta dessa demanda de saúde pública.”

(Entrevistada H)

Grande parte de nossos entrevistados nestas duas últimas perguntas realizadas acabavam antecipando as problematizações que objetivamos conduzir com as duas perguntas posteriores deste bloco de perguntas. Tentando evidenciar as percepções significantes homogeneizadas junto ao que se poderia conceber discursivamente com sendo a noção de sociedade brasileira, percebemos que os sujeitos que entrevistamos não dissociaram a noção discursiva de sociedade dos consensos ideológicos que a mesma expressa. O que por sinal vincula indissociavelmente as formações ideológicas que os aparatos institucionais midiáticos constituem consensualmente junto a noção discursiva da “sociedade civil brasileira”.

Tal percepção também endossa que apesar de tratarmos metodologicamente como instâncias distintas os aparatos institucionais universitários, estatais, sociais e midiáticos; os mesmos estão vinculados numa mesma rede de significações discursivas que percorrem a constituição de formações ideológicas articuladas e desarticuladas em semânticas dialógicas:

Hoje, tende-se cada vez mais a rearticular essas instâncias, a colocar em questão uma concepção demasiadamente elementar do fechamento discursivo; em nosso quadro, essa rearticulação se opera em torno do princípio de uma semântica global fundamentalmente dialógica. Esse projeto supõe que resistimos também a propensão de pensar a discursividade sob a forma de sucessão: não há, antes, uma instituição, depois uma massa documental, enunciadores, ritos genéticos, uma enunciação, uma difusão e, enfim, um consumo, mas uma mesma rede que rege semanticamente essas diversas instâncias (MAINGUENEAU, 2005, p.142).

Apesar desta percepção conceitual e teórica estar presente em nossas elucubrações de pesquisa, não podíamos deixar de buscar as significações que nossos sujeitos enunciariam ao serem interpelados com a décima quinta pergunta: “*Como tu percebes o discurso da mídia em relação à saúde pública?*” de nossa entrevista semiestruturada. As significações que nossos entrevistados enunciaram perante a significante mídia evidenciou toda a carga ideologicamente negativa com que os aparatos comunicacionais são percebidos pelos sujeitos que se encontram envolvidos em contextos vivenciais de saúde pública como o VER-SUS:

‘É um discurso tão forte que nem te permite ter uma experiência própria. Sabe? É um discurso tão dominado. Tão concreto. Tão convincente que tu não és... Se tu estás morrendo tu vais para um hospital particular e depois morres para pagar a conta.’
(Entrevistada B)

“Depende da mídia... As propagandas do Ministério eu acho que são na maioria das vezes adequadas e explicam assim as coisas. Mas a mídia... a outra mídia jornalística... Não sei seria bem essa... Ela acaba intervindo na opinião da população não é? De maneira muito forte e de maneira errada!”
(Entrevistada F)

“A mídia é totalmente... A mídia do meu ponto de vista é totalmente contra a saúde pública. Por questões políticas... Por questões históricas... O que deveria ser o contrário não é?”
(Entrevistado G)

“Eu percebo como uma coisa bem alienada assim... Como se fosse algo que nunca pode se modificar e que é algo sempre muito ruim. Que sempre em todas as emergências tem pessoas ganhando bebês... Tem muito o que em todos os hospitais existem médicos que não cumprem plantão... E todo o domingo no Fantástico aparece alguma notícia de algum hospital que estava fazendo alguma coisa anormal. E toda vez que aparece uma boa notícia é e tem algum político querendo se reeleger.”
(Entrevistada J)

“A mídia é uma poderosa indutora de opiniões. (...). E às vezes até os aspectos positivos e acertos não são lembrados por algumas mídias. Por uma falta de interesse e uma vontade de privilegiar o setor privado da saúde. Com essa comunicação em saúde se produzem significados do que é o Sistema Único de Saúde. As informações que esta mídia presta a sociedade são muitas vezes mascaradas por mentiras.”
(Entrevistada L)

“A mídia com relação à Saúde Pública distorce muitas informações. Elas acabam publicando o que há de ruim na Saúde Pública e não o que há de bom.”
(Entrevistada O)

“Eu acho que tem muita coisa que eu nunca vi na TV falando sobre o que eu conheço agora na prática. E coisa negativa que eu não vejo na prática e eu via na TV.”
(Entrevistada M)

Como percebemos, algumas enunciações de nossos entrevistados significaram os aparatos midiáticos como tendo o poder de influenciar os cidadãos de tal forma sobredeterminada a ponto de suprimir determinadas formações ideológicas práticas somente fazendo menção a formações discursivas hegemônica em saúde pública. As formações ideológicas significadas hegemonicamente junto aos aparatos institucionais midiáticos são discursivamente contrárias às práticas existentes na saúde pública, vindo a constituir o que se denomina consensualmente como sendo a opinião da noção discursiva de “sociedade” brasileira, objeto de análise nas duas perguntas que precederam a análise em questão.

Estas formações ideológicas constituídas junto aos aparatos midiáticos não são desprovidas de intencionalidades. Segundo enunciações de nossos entrevistados estas formações ideológicas justamente evidenciam que os aparatos midiáticos não são neutros e nem imparciais ao estabeleceram determinadas significações perante a significante saúde pública. A suposição de neutralidade e a imparcialidade dos aparatos midiáticos se desvanecem no ar quando as formações ideológicas hegemônicas das práticas discursivas do capital e de seus objetivos lucrativos entram em cena:

“O discurso da mídia vai a favor e a serviço do capital. É o interesse do capital e aquele médico que está ali me tratando mal para ganhar dinheiro no privado está dentro desse grupinho. A favor do capital porque querem ganhar dinheiro. Porque todo mundo quer ganhar dinheiro. A mídia também! Então a mídia está a favor de que o SUS não funcione. A mídia não vai mostrar os exemplos bons.”

(Entrevistada C)

“Como eu disse é um discurso. É um discurso negativo. Um discurso pessimista. É um discurso carregado de interesses não é? Ah... De lucros... Em relação à saúde privada é um discurso que foca muito no que está errado e não no que dá certo. Não é? É um discurso não percebe as diferenças.”

(Entrevistada H)

Formações ideológicas hegemônicas e hegemônicas ao mesmo tempo pelas práticas discursivas que o capital engendra contribuem não somente para a obtenção de lucros, ou seja, para a mais-valia, mas igualmente para algo que a psicanálise lacaniana conceitua como mais-de-gozar, ou seja, o prazer com que o explorador capitalista sente ao explorar, conforme lembrou uma de nossas entrevistadas em uma de suas significações enunciadas:

“No entanto o contraponto de perceber o que dá certo ou que boa parte dessas pessoas que tem algum acesso a saúde (mesmo que precária) não teria nenhum se não existisse Saúde Pública. Ah... Não aparece! Então por isso precarizante! Assim porque quando o caos está instalado e muitas vezes acontece mesmo. Por inúmeros motivos... É notícia e... E dá prazer parece para a mídia traz este tipo de notícia. Quando por exemplo: Transplante... E a Atenção Básica... E essas questões que só o Sistema Único de Saúde tem! Só Saúde Pública faz!”

(Entrevistado I)

Segundo Fairclough (2001, p.147) a “(...) mídia tem um importante papel hegemônico não só em reproduzir, mas também em reestruturar a relação entre os domínios público e privado (...)”. Desse modo apesar das significações enunciadas com relação a significante saúde pública, não poderíamos deixar de buscar igualmente as significações da significante *saúde privada* de nossos entrevistados. Para este intento procedíamos à décima sexta pergunta: “*Como tu percebes o discurso da mídia em relação à saúde privada?*” de nossa entrevista.

As enunciações de nossos entrevistados perante as significações da saúde privada evidenciadas pelos aparatos institucionais midiáticos estabeleceram distintas formações ideológicas que são formuladas para que determinadas formações discursivas sejam consensuadas e não outras. Mesmo que alguns de nossos entrevistados tenham citado que os aparatos institucionais midiáticos aparentemente tenham iniciado algumas iniciativas de crítica pela demora nos atendimentos executados por parte da saúde privada, na homogeneidade das práticas discursivas os aparatos midiáticos continuam estabelecendo formações ideológicas em que a saúde privada é significada como sendo a solução maravilhosa e necessária dos problemas sanitários existentes junto à realidade brasileira:

“Eu acho que ela só falta dizer que é a solução de todos os nossos problemas em saúde assim... Saúde privada e tal é o que presta... Médicos bons que em contraponto ao SUS onde os médicos não prestam.”

(Entrevistada C)

“Daí é como a sociedade vê a saúde privada não é? É maravilhosa, plena e necessária!”

(Entrevistada F)

“Sempre no foco de que temos que ter plano de saúde senão estaremos descobertos.”

(Entrevistada H)

“Como venda de saúde. Como um bem de consumo assim na mídia. Muita propaganda! Marketing de coisas assim... Saúde não se compra! Não se vende! A saúde a gente oferece...”

(Entrevistada M)

“Ela faz muito discursos que não são coerentes (...). Muitas vezes comparando com o SUS, o que não pode ser comparado.”

(Entrevistada O)

Conforme as enunciações de nossos entrevistados, as formações ideológicas com que os aparatos midiáticos significam a significativa saúde privada acabam constituindo formações discursivas totalmente antagônicas a estruturação da saúde pública existente junto à realidade brasileira. Significações como cobertura / descobertura, marketing/propaganda e outros possíveis elementos totalmente vinculados à lógica discursiva capitalista da saúde privada são enunciados pelos aparatos institucionais midiáticos enquanto formações discursivas e ideológicas da saúde pública. Esta cadeia significativa hegemônica pelos aparatos institucionais midiáticos não procede, quando temos a percepção de como a saúde pública se estruturou junto à realidade social brasileira em referenciais distintos destas significações. Conforme enunciação de um de nossos entrevistados, os aparatos midiáticos brasileiros além de estabelecerem estas formações ideológicas desarticuladas dos princípios da saúde pública, também evidenciam uma formação ideológica primordial para alienação dos sujeitos:

“A mídia ajuda a mascarar as atividades das grandes indústrias como a farmacêutica. O mundo é controlado por grandes empresas como algumas mídias. Através desses meios somos manipulados a pensar e a acreditar nesses grandes monopólios (...). A relação da mídia com a Saúde Privada é o de encobrir essas manipulações e sempre colocar a culpa no Estado.”

(Entrevistada L)

Com certeza os aparatos institucionais estatais possuem sua parcela de responsabilidade com relação a toda a estruturação da saúde pública e correspondentes relações significantes com que aparatos midiáticos, sociais e universitários significam formações ideológicas e discursivas. Isentar os aparatos institucionais estatais de responsabilidades seria negar o papel contraditório para o qual eles servem à saúde privada na obtenção de lucros mesmo que junto às práticas discursivas em saúde pretensamente públicas. Entretanto não perceber que estabelecer formações ideológicas e discursivas culpabilizando única e exclusivamente os aparatos institucionais estatais, isentando outros aparatos e sujeitos de suas responsabilidades, é justamente endossar as práticas discursivas que colocam a saúde privada como a única solução maravilhosa e necessária para superação dos problemas sanitários da realidade social brasileira.

Com a objetivo de entender quais são as articulações ideológicas existentes na realização do VER-SUS, adentrávamos no último bloco de perguntas, procedemos à décima sétima pergunta: *“O que é o VER-SUS para além da sigla?”* de nossas entrevistas. Enunciações permeadas por significações de posicionamento subjetivo foram evidenciadas pelos sujeitos entrevistados com relação ao que seria o referido projeto político:

“É uma paixão! É um amor (risos). É uma realização! É uma esperança! É uma sementinha! Foi um marco na minha vida que não volta mais assim... É lindo pensar! É maravilhoso! É indescritível! É algo que mexe com todo o meu ser. (...) Achei que iria estagiar e me deparei com um projeto totalmente diferente. Pra quem olha de fora não consegue entender. Só quem vive entende.”

(Entrevistada A)

“É um espaço potente de construção de conhecimento profissional, pessoal, social. É uma vivência que te traz inúmeras questões para pensar. Pra além do VER-SUS não é? Eu apresentei um trabalho onde o título era exatamente isso: VER-SUS é um catalisador de mudanças. Não é? De postura! Enquanto pessoa. Enquanto profissional. Enquanto sociedade. Muitas discussões surgem. (...). Exatamente para desconstruir. Pra gente sair dessa zona de conforto. Não é? Pra te imaginar que são férias... Não são férias! É um espaço para tu poder construir conhecimento. Para tu poder desacomodar. Sair do teu eu normal e pensar em outras coisas que vão estar atravessando a vivência, a construção de conhecimento, as relações com as pessoas...(...). Vai acontecer que se a pessoa chegar no VER-SUS. Ela vai chegar lá porque ela quer. Ela tem um certo direcionamento pra isso.”

(Entrevistada H)

“O VER-SUS mudou a minha vida! Isso é muito impactante. Por isso que eu fico insistindo em querer participar. Em querer mobilizar. Porque eu quero que mude a vida das outras pessoas. (...). Se tu fizer dez VER-SUS, no décimo primeiro tu vai estar aprendendo. É uma dinâmica linda. É uma dinâmica de formação. O VER-SUS tinha que ser obrigatório dentro da formação. Ele poderia ser obrigatório, mas não precisaria ser organizado pela instituição. Isso sim! Não! Se ele for organizado pela instituição ele começaria a ser voltado para o capital e daí não. Mas eu acho que tinha que ser obrigatório. Sim! De passar por uma vivência.”

(Entrevistada C)

“Para mim foi uma vivência que fez eu consolidar a minha escolha. Por essa área da Saúde Pública. Que eu queria já há mais tempo. Que era o que eu sabia que queria e tal. (...) O que fechou assim de eu seguir para residência no meu nono semestre. Porque eu fiz o VER-SUS no fim da minha faculdade. Então eu já sabia o que eu queria.”

(Entrevistada M)

“Para além da sigla o VER-SUS eu acho que é um modificador de pessoas assim... Ele dá uma formação de militância assim muito importante. (...). Que é uma vivência que tu nunca vai ter dentro da academia.”

(Entrevistada E)

“VER-SUS é um meio no qual os estudantes podem ver a atual realidade do SUS. É um momento de conhecimento interdisciplinar onde somos atores sociais desta história em construção. (...). Tem esse protagonismo estudantil a fim de lutar por uma saúde mais digna e eficaz. O empoderamento de quem tem a vivência é a contribuição futura para o SUS.”

(Entrevistada L)

Percebe-se em alguns entrevistados a significação do VER-SUS enquanto um projeto político que possibilita espaços de formação militante para futuras contribuições articuladas ideologicamente com a saúde pública e o SUS. Outras articulações discursivas presentes nas significações dos sujeitos entrevistados são do VER-SUS enquanto um espaço onde se evidenciam experiências de formação acadêmica que não são praticados discursivamente na formação profissional hegemônica promovida junto aos aparatos institucionais universitários:

“É uma inundação de afetações e ultrapassar realmente as barreiras e ver o que a universidade nos esconde. Sabe? Pensar a saúde, realmente pensar saúde... Sabe? Pensar de fato a interdisciplinaridade. Ouvir o outro! Não é? Ouvir a outra profissão. O que a universidade não nos permite fazer...”

(Entrevistada B)

“Para além da sigla assim ele é um dispositivo onde os acadêmicos têm a possibilidade de vivenciar ou outra forma de fazer SUS. Uma ou outra forma de fazer saúde. Assim não é? Não só com pessoas de seu curso, mas também com pessoas de outros cursos e de vivenciar coisas que não são assim vividas dentro do âmbito acadêmico. Sem deixar de ser acadêmico!”

(Entrevistada D)

“O VER-SUS hoje eu enxergo como um dispositivo muito útil não só para os estudantes. Para os acadêmicos da saúde, mas para a sociedade em geral não é? Porque é como eu te falei! O VER-SUS acaba se tornando este dispositivo de divulgação do sistema e de como ele funciona. Então se dentro da universidade nós não tínhamos essa informação de como funciona e tanto no papel quanto na prática? Então tu imagina o povo não é?”

(Entrevistado G)

“Integrar o estudante de saúde com a realidade o Sistema Único de Saúde contraponto teoria com prática e mostrando como é a realidade daquele serviço. Como o serviço age. Os profissionais que ali atuam de uma forma de o aluno realmente conhecer o serviço para além do que ele houve em sala de aula.”

(Entrevistada K)

“O VER-SUS pra mim é um lugar para formação. De transformação de pensamento. De transformação como pessoa. De transformação profissional. É sabendo que o VER-SUS não é um lugar, mas um momento, eu acho que o VER-SUS pra mim se tornou um ciclo. Não é mais só um estágio de vivência. Todas as vezes que eu fui. Todas as quatro edições que eu fui, eu sabia que eu sairia diferente. De alguma forma isso me modificou. (...)”

(Entrevistada J)

Mesmo enunciando articulações discursivas que significam o VER-SUS enquanto um momento distinto dos momentos promovidos pelos aparatos institucionais universitários, os entrevistados significam igualmente o VER-SUS enquanto um momento de formação assim como o seriam os momentos de sua formação formal. O VER-SUS significado enquanto momento de formação, segundo os próprios sujeitos entrevistados, permite acessos a uma realidade que evidencia os erros e os acertos das práticas discursivas existentes junto à saúde:

“Porque tu acaba vendo todas as áreas de atenção tanto primária, como secundária, quanto terciária. E tu vê elas acontecendo no dia-a-dia na prática e com a população. E tu acaba percebendo que é realizada muitas vezes de maneira correta. Outras vezes não.”

(Entrevistada F)

O denominado projeto político do VER-SUS nestas primeiras significações se parece muito com as postulações de que toda “(...) construção política tem sempre lugar contra um conjunto de práticas sedimentadas e o campo do social poderia ser visto como uma disputa entre diferentes projetos que tentam fixar significados em torno de um *ponto nodal* (...) (MARQUES, 2008, p.91-92, grifos do autor citado)”. O ponto nodal aqui é a própria significação do VER-SUS:

“É difícil porque o VER-SUS... O VER-SUS é muito a sigla! Ele é muito a sigla entendendo a sigla como o processo que faz acontecer a vivência. (...). Cada edição está associada a quem se propõe a tomar a frente das discussões. Porque o VER-SUS para mim a sigla é construção ali! É construção do que surge. Construção de quem se propõe a construir. (...). É para o VER-SUS além da sigla é enxergar além da estrutura. E da forma como as coisas surgem no material ali durante a vivência...”

(Entrevistado I)

O VER-SUS conforme as enunciações dos entrevistados para além de um projeto político desenvolvido em relação com aparatos institucionais estatais, sociais, universitários e outros possíveis; também é um projeto político fixado precariamente como ponto nodal em disputa contra um conjunto de práticas discursivas sedimentadas no campo social da formação dos trabalhadores em saúde. Os sujeitos que se propõem a organizar o VER-SUS disputam discursivamente como este projeto político estabelecerá relações nodais com os aparatos institucionais presentes ou ausentes conforme cada realidade contextual possibilita.

Tendo em vista que as realidades contextuais em que o VER-SUS ocorre não são as mesmas, já que o referido projeto político ocorre em distintas cidades ou regiões brasileiras, não podíamos deixar de igualmente proceder à décima oitava pergunta: “*Que realidade é esta vivenciada no VER-SUS?*” de nossas entrevistas. Nas enunciações significantes de nossos entrevistados, assim como em nossa pesquisa anterior (FÜHR, 2013), percebemos como a primeira tese da teoria ideológica de Althusser (1985) – “A ideologia representa a relação imaginária dos indivíduos com suas condições reais de existência” - ainda vem muito a calhar quando os indivíduos, sempre já sujeitos, são interpelados a estabelecerem as significações com os quais orientam suas práticas discursivas. Segundo nossos entrevistados em suas enunciações significantes da realidade vivenciada no VER-SUS estabelecem um grau variado de relações imaginárias possíveis que varia desde uma possibilidade desalienante até uma possibilidade militante:

“Eu acho que é uma realidade que permite deixar de tu ser uma pessoa alienada! (...) Mas eu acho que o VER-SUS em si ele permite que as pessoas deixem de ser alienadas. Ele permite! Se tu quer ou não deixar daí é uma questão tua... Não é? Então eu entendo que tem muito isso assim de que tu consiga fazer essas apropriações.”

(Entrevistada B)

“Eu acho que o VER-SUS traz um pouco dessa realidade. Traz a realidade. A realidade... É engraçado tu falar isso agora... A realidade é uma palavra muito perfeita pra isso. Para o VER-SUS. Porque tu fomentas! Tu desperta isso assim nas pessoas. A realidade que a gente vive.”

(Entrevistada C)

“Então além de ver o SUS e eu acho que a gente não só vê o SUS. Eu acho que a gente também faz um pouco. Porque... Isso aconteceu muitas vezes nas vivências minhas de a gente chegar com a camiseta lá no ambiente, no posto de saúde, e o profissional se motivar com a nossa presença.”

(Entrevistada J)

“No VER-SUS a gente está na realidade que é o Sistema Único de Saúde. Nós verificamos como é que funciona realmente e quais os locais bons e ruins pra população em geral.”

(Entrevistada O)

“Uma vivência e uma realidade onde faltavam recursos. Faltavam profissionais para atender. Os profissionais que estavam atendendo estavam desmotivados. Mas também vi pessoas que mesmo com um pouquinho, estavam fazendo muito pela unidade onde eles estavam, o local onde eles se encontravam.”

(Entrevistada K)

“É uma realidade diversa não é? Não é uma realidade. São realidades. Mas é sempre uma realidade que são realidades diferentes daquela que eu estou habituado. Então é sempre assim. É sempre uma realidade diferente daquela que eu estou acostumada em minha casa. Não é? Então tu tem a questão da imersão. Tu tem pessoas diferentes falando coisas diferentes. Pessoas que vão discordar de ti. Pessoas que vão concordar contigo. Pessoas que vão agir como criança. Pessoas que vão agir como adulto. Não é? Pessoas que vão te mostrar que tu está agindo como criança. Então existe uma construção muito grande nesse sentido. Não é? Além disso tem a questão prática. A questão profissional mesmo.”

(Entrevistada H)

“Temos a oportunidade de conhecer os serviços e conversar com os trabalhadores que produzem saúde. E a partir desse ponto concretizar o conhecimento e disseminá-lo a fim de diminuir os entraves do acesso à saúde da população. Há também a troca de saberes entre os estudantes que ajudam a refletir as políticas do sistema e a pensar ações que resolvam esses problemas.”

(Entrevistada L)

Para os sujeitos entrevistados que se identificam com as práticas discursivas da saúde pública, os elementos do denominado projeto político VER-SUS é significativo a ponto de precariamente suprir o vazio constitutivo da formação flexneriana dos trabalhadores em saúde hegemonicamente praticada pelos aparatos institucionais universitários. A representação imaginária da realidade vivenciada no VER-SUS se torna a significação significativa desses sujeitos identificados com as práticas discursivas da saúde pública brasileira.

“A realidade que é aquela que está ali pra nos receber, mas que não é aquela que a academia diz que se tu vai para tal unidade ou para tal hospital. (...)Acontece muitas vezes de que certas coisas são maquiadas por alguns gestores. De nos levarem nas melhores unidades. Em suas melhores estruturas, mas em algum momento da vivência. Nas andanças todas e olhando pela janela da van, muitas vezes a gente percebe que a realidade não é aquela e a gente pode sim continuar discutindo não é”

(Entrevistada E)

“Que realidade? A realidade da Saúde Pública! A realidade do acesso da população. Porque na realidade tu vai até o local. Tu aprende no local não é? E realmente tu vai na realidade. Tu vai até o ponto de observação. É uma atividade prática! Tu não observa por teoria nem nada. É na realidade mesmo!”

(Entrevistada F)

“Eu vejo uma realidade interna do sistema. Tu vem de fora e tu não vê como o trabalhador enxerga. Como o gestor enxerga.”

(Entrevistado G)

Um de nossos entrevistados inclusive evidenciou que o significante de realidade significada pelos sujeitos participantes do VER-SUS é uma relação discursivamente imaginária com as reais condições de existência da saúde pública brasileira. O referido entrevistado pontuou que a realidade vivenciada no VER-SUS para ele significa “uma realidade bem pouco realidade” já que a estruturação do cronograma de vivência muitas vezes não possibilita aos viventes terem um contato maior com as relações de fato promovidas pelos espaços sanitários visitados e os sujeitos pertencentes àquele contexto. Para o mesmo, o VER-SUS é um significante inicial que pode motivar os sujeitos participantes a terem um contato maior posterior com outros significantes da realidade contextual da saúde pública brasileira:

“Então! É uma realidade bem pouco realidade. Entendo realidade como cotidiano. Não é? Ela dá a realidade da estrutura Porque a estrutura precisa menos de uma hora pra verificar. No entanto o que aquela estrutura significa no dia-a-dia tu tem muito menos tempo pra poder refletir. O contato com o usuário é normalmente limitado. Principalmente em função da correria, mas principalmente em função da escolha de uma gestão. Não é? Que por algum motivo. Muitas vezes inclusive por alguma crítica. É tu somar os pedacinhos e tentar ver o que tem em comum daqueles serviços. Quando tu consegue ver o que tem em comum com e produzir debate. Daquilo tu consegue trazer uma faceta de realidade daquele espaço que tu teve. Mas enfim! É uma realidade extremamente limitada que no meu ver que busca ser um start para que tu busque uma realidade maior.”
(Entrevistado I)

De qualquer modo, como nos pontua Burity (2008, p.38), na perspectiva pós-estrutural não adotamos a mesma preocupação estabelecida nas ciências sociais clássicas com relação às distintas significações enunciados por nossos entrevistados perante um mesmo significante. Adotando a Teoria do Discurso principiada por Laclau e Mouffe, analisamos as significações significantes enunciadas por nossos entrevistados sempre concebendo que qualquer enunciação sobre o caráter constitutivo da realidade é dado de maneira discursiva. Assim conceber uma totalidade das enunciações evidenciando suas contradições não nos é importante, mais importante é evidenciar as diferentes posições de sujeito e suas articulações:

Nas ciências sociais clássicas, a preocupação da produção de um saber sobre a realidade é a de que tal saber interfira o mínimo possível sobre a constituição dessa realidade, porque ela é concebida como existindo independente do mesmo. O real reflete-se sobre o conceito, nessa perspectiva. O conceito precisaria apenas descrever as coisas como elas são, e é exatamente esse um dos pontos de discordância que Laclau coloca às ciências sociais tradicionais, e insiste não só sobre a importância da dimensão da significação, mas também sobre o caráter constitutivo da realidade que a significação possui, a tal ponto que é inconcebível, na sua perspectiva, que nós possamos ter qualquer acesso que seja à realidade que não seja sempre já mediado pelo sentido, ou mais precisamente, constituído simbolicamente (BURITY, 2008, p.38).

Desse modo se o nosso Entrevistado I promove uma significação distinta das demais significações enunciadas por nossos entrevistados, não quer dizer simplesmente que a significação dele é antagônica aos demais e vice-versa, mas apenas que diferentes significações são significadas pelos sujeitos com possibilidade de articulações ideológicas diversas a respeito do mesmo ponto nodal no qual o VER-SUS é disputado discursivamente.

Na semiestruturação das entrevistas que realizamos com nossos entrevistados, uma pergunta não aventada inicialmente em nossa bateria de perguntas foi recorrente em decorrência do posicionamento de organização do VER-SUS que alguns dos sujeitos inquiridos já haviam ambientado em suas experiências pessoais. Assim interpelávamos a seguinte pergunta: “*Como se organiza o VER-SUS?*” perante estes sujeitos. Nessa semiestruturação algumas enunciações interessantes foram estabelecidas por parte de nossos entrevistados. A mais emblemática talvez tenha sido a enunciação que significou a submissão dos sujeitos que organizam o VER-SUS ao significante capital que atravessa inúmeras relações estabelecidas para que o projeto político ocorra:

“Eu acho que uma articulação efetiva se daria a partir do princípio de que a gente não teria o dinheiro como norteador de causa sabe? Como norteador de diálogo. Como norteador de efeito. Porque essa articulação ela não se dá propriamente dito porque a gente fica extremamente submisso a questão financeira. Assim o que eu penso que seria essa articulação... Seria realmente poder sabe? Sentar, conversar e pensar diferenças”

(Entrevistada B)

Enunciações também evidenciaram a apropriação do VER-SUS por parte de constituídas redes privadas que através de editamentos estatais administram dinheiro público para execução de projetos políticos que deveriam ser executados pelos aparatos institucionais estatais como preconizam a CF e a lei complementar nº.8080/1990 que estruturaram a saúde pública brasileira através do SUS. Desse modo a estruturação do ordenamento e da formação dos trabalhadores para o campo da saúde, que é preconizado legalmente como uma atribuição dos aparatos institucionais estatais, é assumido enquanto projeto político dessas constituídas redes de direito privado. O VER-SUS é um desses projetos políticos que recobre precariamente pequena parcela de estudantes em formação profissional em saúde:

“Da onde que essas redes são constituídas pra fazer um projeto do governo? Algo que é do governo é do governo! Não tem que ter atravessamento de ninguém. ‘Ah nós vamos administrar o dinheiro!’ Não! O governo que contrate funcionários para administrar esse dinheiro e fazer o papel que vocês querem fazer. Nisso o cidadão perde. Porque a rede não vai fazer de graça.”

(Entrevistada C)

“(...) O VER-SUS (...) funciona a partir de uma verba que vem de uma Associação que no meu entendimento é uma instituição privada, mas que capta dinheiro público. Vem para o financiamento. A organização menos, mas aqui na nossa região passava muito quase exclusivamente por essa instituição. E ao longo dessas quatro edições os estudantes conseguiram (...) dar um pouco mais a sua cara! Se afastar um pouco mais dessa instituição. Inclusive por movimento da própria instituição. Não é?(...) É a Rede Unida e a Rede Governo Colaborativo em Saúde que ainda é um caos entender os dois. (...) Então a partir do financiamento e das possibilidades que se dão de financiamento parte-se para um outro momento de acordo com os municípios.”

(Entrevistado I)

Para além destas enunciações altamente emblemáticas de significação daquilo que percebemos ser o ponto nodal do significante VER-SUS, nossos entrevistados também evidenciaram que apesar das interferências do capital monetário e das redes privadas instituídas junto ao projeto político em questão, existem momentos e perspectivas em que a organização da vivência é incumbência única e exclusivamente dos sujeitos posicionados enquanto comissão organizadora estudantil. Seriam nesses momentos que os sujeitos não posicionados enquanto representantes dos diversos aparatos institucionais envolvidos na ocorrência do VER-SUS, podem estabelecer articulações discursivas e ideológicas distintas daquelas promovidas hegemonicamente enquanto formações ideológicas e discursivas de suas formações flexnerianas:

“Então os momentos que não é aquela coisa que a gente entende de mais VER-SUS: ir na unidade, ir no hospital e conversar com equipe e tal... São os momentos que fazem que a gente faça um VER-SUS diferente. Então este seria um terceiro momento. Se organizar minimamente para que nos momentos em que não seja de vivência... Incluindo os finais de semana e em turnos que não tem vivência. Ah... Propor debate que faça sentido para quem está propondo a organização.”

(Entrevistado I)

“Porque é aluno que faz... Então se espera que dê muita coisa errada porque são alunos de graduação que são muitas vezes inexperientes... Que tem lá seus vinte e poucos anos e recém... Não é? Mas dá tudo muito certo assim... Dá tudo muito bem pensado assim... Então eu vejo como uma grande oportunidade de participar e de poder contribuir e ajudar e crescer junto.”

(Entrevistada J)

Para tratar especificamente das articulações ideológicas que sobredeterminam a ocorrência do VER-SUS, dedicamos quatro perguntas específicas com este intento. A décima nona pergunta *“Quais são as articulações desenvolvidas nas universidades para que o VER-SUS ocorra?”* de nossa entrevista tinha como intento assim como propunha Maingueneau (2005, p.127) procurar articular instituições e discurso através de um sistema de restrições onde *“(...) a própria possibilidade dessa articulação que nos interessa, e não a instituição em si mesma”* enquanto aparato ideológico e discursivo simplesmente.

As enunciações proferidas por nossos entrevistados se remeteram basicamente a três distintas articulações ideológicas desenvolvidas junto aos aparatos institucionais universitários para que o VER-SUS ocorra. As articulações ideológicas mais homogeneizadas se remetiam ao fato de que os aparatos institucionais universitários, apesar de algumas ambivalências, de um modo geral, não se encontram vinculadas ideologicamente e de modo preponderante a adotarem práticas discursivas relacionadas ao VER-SUS:

“Eu acho que o VER-SUS, ele tem que ser uma ferramenta em que se tem que aderir, mas ele não pode ser ligado a nenhuma universidade específica, porque o VER-SUS, ele transcende qualquer universidade.”
(Entrevistada A)

“São poucas as universidades assim que são realmente ativas no processo.”
(Entrevistada B)

“Depende da universidade assim... Porque a gente tem ao mesmo tempo algumas universidades que são super envolvidas... A gente tem universidades que nem sabem o que são assim sabe? Depende muito da universidade!”
(Entrevistada D)

“Até onde eu entendo as universidades não tem muita relação. Em algumas situações acabam divulgando o evento ou acabam participando de algum forma...”
(Entrevistada H)

“Dentro das universidades não se envolvam muito com o VER-SUS. Muitas universidades não sabem nem que ele existe...”
(Entrevistada O)

Outra articulação ideológica enunciada por nossos entrevistados, perante a interpelação em questão, foi a de que determinados sujeitos professores identificados com as práticas discursivas da saúde pública e posicionados em estruturas universitárias propícias para articulações discursivas específicas adotaram algumas iniciativas de divulgações esparsas sobre o VER-SUS e do que o denominado projeto político se propõe:

“Foi ele que fez essa articulação entre alunos, DA’s, DCE e a Comissão Organizadora também não é? Acho que essa foi a grande sacada assim... Ele articulou também com os outros institutos lá de dentro. Foi aí que a gente conseguiu um vivente da (Comunicação Social) Gestão Social, do Direito e da Administração também...”
(Entrevistado G)

“Na verdade a ideia inicial e existe algum movimento em alguns lugares é que as universidades dos polos tomem para si incluindo professores. Não é? Ah... Enfim! Mas por exemplo aqui em Porto Alegre não tem envolvimento específico da universidade enquanto entidade. Tem para assinar o projeto. Tem alguns galhos para algumas pessoas que se envolvem, mas institucionalmente...”
(Entrevistado I)

“Na minha faculdade não assim! Eu ouviu falar do VER-SUS nessa cadeira eletiva que eu fiz porque tinha professores de outros cursos que divulgaram e tal. (...) Se eu não tivesse feito essa cadeira talvez eu nem teria ouvido falar.”

(Entrevistada M)

Por fim, a terceira e última articulação ideológica enunciada pelos sujeitos entrevistados, evidenciava a importante significação do ME para que as práticas discursivas do VER-SUS fossem possíveis. Muitas das articulações ideológicas realizadas para a ocorrência do VER-SUS não teriam existência se as práticas discursivas promovidas pelo ME junto aos aparatos institucionais universitários não fossem articuladas:

“Eu acho que a construção das universidades com o VER-SUS elas se explicita apenas com o Movimento Estudantil não é? E aí eu acho que claro. Depende muito se esse Movimento estudantil está bem articulado ou não com a universidade. Cada universidade têm a sua questão de pessoas envolvidas no VER-SUS ou não.”

(Entrevistada E)

“Porque pela universidade nenhuma! Agora pelo pessoal que organiza o VER-SUS as ações... As articulações não é? Seria a divulgação do projeto. Ah a explanação muitas vezes de alguém que já participou dizendo como foi gratificante para essa pessoa ou não. Divulgação orais! Acho que seria mais em relação a divulgação mesmo...”

(Entrevistada F)

“Promovem algumas rodas de conversas durante o semestre. Foi criado um coletivo de alunos. Um coletivo que é basicamente dos alunos com alguns professores da própria universidade que apoiam o coletivo.”

(Entrevistada K)

“As articulações que conheço se dão através de movimentos estudantis como o Elos Coletivo que trabalha com a ideia de fazer saúde conjuntamente aos mais diversos estudantes. Também tem a relação com a Rede Unida e a Rede Governo Colaborativo em Saúde. Estas trabalham conjuntamente com a Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Todos estes atores entre outros fazem a construção dos projetos de vivência na realidade do SUS no Brasil inteiro com parceria dos municípios participantes.”

(Entrevistada L)

Para além destas articulações ideológicas enunciadas por nossos entrevistados, os mesmos ainda não deixaram de pontuar outros dois aspectos igualmente importantes nas articulações desenvolvidas junto aos aparatos institucionais universitários para a ocorrência do VER-SUS. A primeira questão, trazida por nossa entrevistada C, faz menção a vinculação do denominado projeto político VER-SUS com determinados aparatos institucionais universitários a determinados cursos, professores ou agentes. A segunda questão, trazida por nossa entrevistada P, recorre aos aspectos democráticos que precisam ser aprofundados em instâncias da sociedade civil, como o ME, tal como Laclau e Mouffe fazem menção em sua obra (1987, p.226) e que já abordamos anteriormente em nossa dissertação:

Então eu vou falar da minha universidade. Que é a UFPEL. Lá eu tenho uma crítica com relação a isso. Porque lá o VER-SUS era organizado pelo curso da X⁸⁴. Eu acho errado que se vincule a um curso. O VER-SUS é da galera. É de todos os estudantes. Para a militância. Porta aberta. Mas assim, a única coisa que a universidade fazia era tipo tinha uma bolsista que organizava as questões administrativas e só! O resto era ir atrás de dinheiro e dessas agências atravessadoras para financiamento dos hotéis e demais articulações.

(Entrevistada C)

“Não sei te dizer bem ao certo... Porque não há divulgação necessária desse grupo, mas pelo que eu sei ele é então um grupo organizativo do VER-SUS. Mas não há divulgação assim na universidade para os acadêmicos. A maioria não tem conhecimento sobre o desenvolvimento desse grupo.”

(Entrevistada P)

Para analisarmos as articulações ideológicas desenvolvidas com os aparatos institucionais estatais para a ocorrência do VER-SUS procedíamos à vigésima pergunta: “*Quais são as articulações desenvolvidas com o Estado para que o VER-SUS aconteça?*” de nossas entrevistas. Os sujeitos entrevistados que já participaram enquanto comissão organizadora de algumas edições do VER-SUS indicaram que apesar dos diversos atravessamentos que existem junto aos aparatos institucionais estatais, os mesmos são articulados ideologicamente junto ao denominado projeto político objetivando basicamente duas práticas discursivas: o financiamento e a disponibilidade dos espaços vivenciais:

Bom! Além do financiamento uma necessidade que vem da gestão de onde vai ter estágio. Não é? Então o dinheiro vem e o dinheiro pelo menos na nossa realidade aqui que possibilita a existência do projeto. Ainda que seja possível fazer sem... Bom! Provavelmente iria dar um desdobre danado, mas já existiu sem esse financiamento. Não é? (...) Acho que é essa a contribuição: quanto ao financiamento e a liberação do campo de estágio.

(Entrevistado I)

“São acionadas as coordenadorias de saúde, as gerências distritais de saúde do município de Porto Alegre e as cidades metropolitanas que têm interesse de participar do projeto. Entre esses atores conjuntamente com os estudantes acontece o planejamento do VER-SUS. Com os participantes recursos a serem gastos: alimentação, condução e abrigo. São assuntos a serem articulados para o projeto acontecer.”

(Entrevistada L)

“O Estado colabora porque no momento em que ele abre o espaço para que as visitas aconteçam ele está colaborando para que o VER-SUS aconteça. Mas acho que financeiramente o Estado não têm se envolvido muito nessa questão de proporcionar o VER-SUS.”

(Entrevistada O)

⁸⁴ Nome do curso desidentificado para preservar a identidade da entrevistada e do curso.

Como se percebe na significação da entrevistada O, aparentemente os aparatos institucionais estatais estão cada vez menos presentes na percepção que os sujeitos possuem dos mesmos junto às vivências realizadas. Outra de nossas entrevistadas apresenta as contradições com que os aparatos institucionais estatais acabam incorrendo ao delegarem a terceiros a sua responsabilidade pelo ordenamento e formação dos trabalhadores junto ao campo da saúde:

“Porque tinha gente que morava em Pelotas e daí a CIES não paga hotel para quem mora na cidade. Chegamos no hotel e recebemos essa notícia divertida. Daí tiveram que correr e bater na porta da Rede Unida e pedir dinheiro. O mesmo dinheiro que vem para a CIES e que vem do Governo Federal vai a Rede Unida. Como é que a Rede Unida pode pagar e a CIES não pode? Então são coisas assim que favorecem este tipo de atravessamento.”
(Entrevistada C)

Conforme a significação de nossa entrevistada, os atravessamentos burocráticos do ordenamento de despesa junto aos aparatos institucionais estatais evidencia como as obrigações legais dos mesmos podem ser precarizadas por parte de determinadas práticas discursivas que delegam determinadas responsabilidades a terceiros. Ao serem estabelecidas distintas práticas discursivas para o desenvolvimento do VER-SUS junto aos aparatos institucionais estatais, criam-se distintas percepções de como de fato se estabelecem as articulações ideológicas nas significações enunciadas pelos sujeitos:

“Articulações que acredito eu através (...) das Comissões Intergestoras. Através das secretarias municipais de saúde. Através das Coordenadorias Regionais de Saúde. Não é? Aí depende muito do VER-SUS que é dentro do estado não é? Qual a cidade que é... Tem VER-SUS que a verba é através da educação permanente... Outras que é através da Organização Pan-Americana de saúde não é? Enfim... E isso aí já muda nas articulações... Muda os atores não é?”
(Entrevistada E)

“Com o Estado propriamente dito a gente ficaria na questão municipal. Só assim! Na teoria tem nomes não é... Na teoria se tem ESP... Na teoria se tem Rede Governo Colaborativo em Saúde... Mas não é o Estado... Mas sim uma representação dele na realidade... Mas enfim! O próprio Governo Federal de alguma forma, mas na prática ele não aparece assim... Eles se retiram...”
(Entrevistada B)

“Com o Estado seria no sentido das cidades que participam de acrescentar novas cidades. Convidar novas cidades que não participam do VER-SUS para participar. Eu acho que as articulações seria nesse sentido dos municípios. Das reuniões de organização do cronograma de quais serão as redes que serão visitadas.”
(Entrevistada F)

“São amplas! E é o Ministério da Saúde que possibilita não é... Que enfim! Que patrocina entre aspas esse... Essa vivência não é? Então de certa forma a gente acaba tendo que responder a eles não é? (...). Perde-se um pouco da autonomia, mas enfim...”
(Entrevistada H)

“Através da parceria com a Rede Unida com a Rede Governo Colaborativo em Saúde / UFRGS, com o CONASS e com o CONASSEMS.”
(Entrevistada P)

Desse modo enquanto alguns sujeitos enunciam articulações ideológicas onde se percebem somente os aparatos institucionais municipais desenvolvendo ações para a realização do VER-SUS; outros sujeitos percebem aparatos institucionais ministeriais e até sociais (como a Rede Unida, a Rede Governo Colaborativo em Saúde / UFRGS, o CONASS e o CONASSEMS) na realização do VER-SUS.

Por ser um aparato institucional social importante na realização do VER-SUS, igualmente procedíamos à vigésima primeira pergunta: *“Quais são as articulações desenvolvidas com a Rede Unida para que o VER-SUS ocorra?”* de nossas entrevistas justamente buscando as enunciações que significassem em que medida a Rede Unida é estabelecida na cadeia discursiva do referido projeto político.

“Também são bastante amplas! O repasse financeiro acontece através deles não é? Até onde eu entenda a comissão organizadora do VER-SUS. Os estudantes que participam do VER-SUS não veem esse dinheiro... Esse dinheiro não passa pelas nossas mãos...”
(Entrevistada H)

“Os estudantes entram em contato com a Rede Unida a fim de receber as atribuições de cada ator envolvido no projeto. A Rede Unida tem o papel de garantir o financiamento das realidades conjuntamente com os estudantes que trabalham com vistas a encontrar modos que facilitem a ocorrência da vivência.”
(Entrevistada L)

Apesar das enunciações perante a interpelação procedida atribuírem a significação do financiamento do VER-SUS ao aparato institucional social da Rede Unida; outras significações também são estabelecidas como articulação ideológica dessa relação significante. Significações de submissão, imaturidade e deliberação também foram enunciadas:

“Eu acho que são articulações de submissão assim. São articulações em que eles articulam e a gente obedece na verdade. Porque na verdade não existe uma articulação propriamente dita sabe? Existe um diálogo. (...). Um patamar que a gente consegue fazer e uma outra forma de diálogo pela autonomia que a gente têm. Pelas brigas que a gente de alguma forma compra. Mas ainda somos extremamente submissos a isso.”
(Entrevistada B)

“O que eu tenho acompanhado por aqui. Há muita briga. Há muita disputa de ego de todas as partes. Dos estudantes e da Rede Unida. Mas acho também que há muita imaturidade por parte dos estudantes. Muito amadorismo assim em relação à organização. Acho assim que falta experiência de vida. Quem trabalhou sabe que tu tem que justificar. Tem que levar orçamento. Tu tem que levar as coisas assim em todos os níveis. E daí as pessoas se cansam um pouquinho e não querem mais fazer. E daí por outra parte é uma agência que deveria.”

(Entrevistada C)

“Então tem que passar pela Rede Unida. Para que a Rede Unida dê o aval dela. Depois dessa aprovação então é aberta as inscrições no site do VER-SUS que também é organizado pela Rede Unida. Então tem que divulgar e liberar as inscrições. As articulações também de orçamentos dos locais que serão necessários para a vivência não são? Necessário contratar alimentação, hospedagem e transporte. Só uma coisa que eu acho que fica complicado. Que é eles que fecham o contrato com os locais, mas eu acho que pessoal que organiza o VER-SUS deveria estar envolvido nesses contratos também. Até porque é uma questão de dinheiro público. De fiscalização que não acontece...”

(Entrevistado F)

“Entendendo o processo do VER-SUS como uma construção que passa necessariamente pelo estudante. Quando a instituição que financia passa a propor muita coisa. A possibilidade de envolvimento do estudante na construção pedagógica, ela se esvai entendendo o processo como um processo pedagógico as devolutivas e a ferramenta da devolutiva. É um ponto irreduzível da instituição que financia.”

(Entrevistado I)

“O VER-SUS aqui de Frederico Westphalen não é realizado a partir da Rede Unida. Ele só tem relação porque vem o material. Vêm as camisetas. Vêm as mochilas. Mas não tem financiamento nem nada pela Rede Unida. Já o de Porto Alegre e Região Metropolitana já tem um envolvimento maior tanto de pessoal quanto de financiamento do material. Então por isso um envolvimento maior com a Rede Unida.”

(Entrevistada K)

O aparato institucional social da Rede Unida conforme a Entrevistada J é a “(...) referência assim... De tudo! De tudo inclusive que dá certo e de tudo inclusive que dá errado”. É claro que outros aparatos institucionais igualmente estão envolvidos. Mas em detrimento da Rede Unida ser um dos principais aparatos institucionais presente na articulação ideológica com os aparatos institucionais estatais, acaba lhe sendo atribuídas inúmeras referências significantes dos elementos que compõem o ponto nodal do VER-SUS. Até mesmo quando a Rede Unida se pretende ser um aparato que visa a não desarticulação de vivências:

“Porque até então a ideia principal da Rede Unida não seria a desarticulação com Porto Alegre. Vamos reconciliar. Não é questão de reconciliar! É questão de que a gente pode fazer algo mais eficaz e de mais alcance. Algo mais potente. A gente não se negou em nada de participar junto e tal, mas no fim as atividades acabaram se separando não é? Por questões de não baterem mesmo... Questão de data... Mas parceria sempre existe não é? Sempre existiu! Não se apaga!”

(Entrevistado G)

Segundo Fairclough (2001, p.123) tal “(...) concepção de luta hegemônica em termos de articulação, desarticulação e rearticulação de elementos está em harmonia com o que disse anteriormente sobre o discurso (...)”. Se articulações ideológicas são enunciadas estabelecendo aparatos institucionais sociais como a Rede Unida enquanto intermediadoras de relações que deveriam ser realizadas pelos aparatos institucionais estatais, mas que igualmente recebem aporte de agências transnacionais como a OPAS, os projetos políticos desenvolvidos por tais articulações discursivas incorrem em disputas contraditórias:

Por outro lado, as agências transnacionais também cobram melhorias nos índices de desenvolvimento humano, no aprimoramento do processo democrático e outros, o que configura um cenário contraditório para a formação de um projeto político consistente e autônomo, sobretudo para países com menor poder de barganha e competitividade no cenário econômico (MACHADO, 2014, p.147).

Em nosso entendimento projetos políticos consistentes e autônomos tal como pontua Machado (2014, p.147) devem perpassar também a articulação com movimentos sociais e suas determinadas reivindicações. Para análise deste entendimento realizamos a décima segunda pergunta: “*Quais são as articulações desenvolvidas com os movimentos sociais para que o VER-SUS ocorra?*” de nossas entrevistas. Das enunciações proferidas por nossos entrevistados apenas uma evidenciou que os movimentos sociais estão presentes na organização do VER-SUS. Entretanto a enunciação em questão se referia à realização do VER-SUS na cidade de Pernambuco e não das edições que ocorreram na RMPA.

“O VER-SUS de Pernambuco o movimento social está dentro da organização. O movimento social participa do VER-SUS e trazem inclusive viventes. (...). E nos demais eu senti assim que ele entrea no momento em que havia um contato dos versusianos para que o movimento social estivesse engajado em alguma coisa. Em algum momento. Mas no mais eu não percebi nada.”

(Entrevistada E)

De um modo geral os movimentos sociais não estão articulados ideologicamente na posição de sujeitos organizadores do projeto político denominado VER-SUS. O posicionamento dos movimentos sociais nas enunciações dos sujeitos entrevistados articulam ideologicamente os mesmos como espaços de visitação ou momentos em que sujeitos participantes de determinados movimentos sociais apresentam os discursos dos mesmos:

“Eu lembro de pessoas que estão ligadas a movimento sociais, mas que não estão enquanto representação do movimento social. Então eu diria que no momento que ele acontece independente ou não dos movimentos sociais.”

(Entrevistada B)

“Ninguém participa da organização... De visitação sim, mas da mesma forma que em Porto Alegre. Mas não assim de botar representantes destes movimentos dentro da organização. Não! Não tem!”
(Entrevistada C)

“Com os movimentos sociais a comissão local tenta com que durante a vivência tenha algum movimento social pra trocar uma ideia com os viventes assim não é?”
(Entrevistada D)

“Da última edição pra cá... Se tem tentado trazer outros movimentos que não só o estudantil pra dentro destes espaços... Pra dentro destes espaços no sentido de contribuir. Não para ser capturado não é? Mas para trazer outras coisas que talvez que esteja dentro não tenha conseguido pensar... Mas ainda acho que é incipiente assim...”
(Entrevistada H)

“Então! Eles... De uma certa forma bem incipiente assim... Nesse último a gente tentou dar um movimento um pouquinho maior, mas acredito que eu anteriormente não tinha tanto isso pelo caráter bastante acadêmico que a gente tinha no VER-SUS daqui. (...) O movimento social como uma aba... Enfim! Era o que a gente mais se aproximava... E quando acontecia de alguém que estava relacionado a movimento social fazer a vivência e o debate surgia um pouco mais.”
(Entrevistada I)

“Atores que protagonizam estes movimentos são convidados a conversar com os estudantes a fim de empoderá-los sobre a importância do protagonismo social: o que é ser um cidadão com os direitos e os deveres perante a sociedade. Na vivência os estudantes são convidados a conhecer os conselhos municipais e distritais. Espaços abertos para as articulações com a sociedade.”
(Entrevistada L)

“Os movimentos sociais são os verdadeiros apoiadores para que o VER-SUS aconteça. Eles nos fornecem alguns lugares para visitarmos e também nos oferecem alguns apoios antes para que as conversas aconteçam.”
(Entrevistada O)

Apesar destas enunciações articularem ideologicamente os movimentos sociais em um posicionamento não organizativo junto ao denominado projeto político do VER-SUS, os sujeitos entrevistados evidenciaram também que a provável não participação dos mesmos nas práticas discursivas do projeto político em questão, seria uma ausência que prejudicaria o propósito de vivência da realidade sanitária brasileira:

“E é fundamental a participação deles senão pra mim não vai representar a realidade. Então teria que tirar a letra R da sigla do VER-SUS porque é importante que eles estejam dentro da realidade daquilo que a gente vivencia lá! Então essa articulação é fundamental! Não pode existir VER-SUS senão tiver os movimentos sociais envolvidos.”
(Entrevistada J)

Ao final de nossas entrevistas realizávamos a vigésima terceira pergunta: “*Quais são as articulações desenvolvidas com a mídia/redes sociais para que o VER-SUS aconteça?*” Apesar da distinção procedida pelos entrevistados interpelados entre a mídia hegemônica e as redes sociais virtuais, alguns deles percebiam ambos como instrumentos igualmente midiáticos com distintas articulações ideológicas possíveis com relação à ocorrência do VER-SUS:

“Eu entenderia mídias e redes sociais da mesma forma. Então eu acho que a gente tem espaço nessa mídia porque nós nos damos esse espaço na rede social. Não é?”
(Entrevistada B)

“Com a mídia paga... Nenhuma! Não é? Porque a gente não tem. Porque a galera não tem grana para fazer propaganda. Nem mídia impressa. Porque até onde eu sei. Nem mídia impressa e nem mídia de televisão, nem jornal, nem nada. Que eu saiba nada! Aí redes sociais aí sim é mais fácil porque é gratuito. Então a galera acaba em cada grupo postando e daí os envolvidos compartilham mais com pessoas que poderiam fazer e porque é de graça. Acho que deveria ter mais propaganda! Acho que é uma grana que a Rede Unida poderia usar.”
(Entrevistada C)

“As redes sociais têm sido muito utilizadas para poder divulgar tudo o que está relacionado ao VER-SUS... A tudo que está relacionado com a Saúde Pública... Então assim: Facebook, blogs, rádios comunitárias, rádios universitárias... Todas elas têm sido não é? Bastante utilizadas... Mídias maiores até onde eu saiba não divulgam esse tipo de iniciativa.”
(Entrevistada H)

“Eu entendo que rede social como mídia dentro dessa tua pergunta. A divulgação basicamente do projeto... E que aqui na nossa realidade parte de quem está propondo assim os debates na vivência. Ainda tem a ferramenta específica da Rede Unida onde tem alguma divulgação. Tem algumas pessoas da própria instituição que autonomamente procuram divulgar.”
(Entrevistado I)

“A Rede Unida e o Movimento Estudantil Elos Coletivo divulgam suas mídias no projeto através da fanpage no Facebook, blogs, sites dos estudantes... Assim os estudantes são informados das vivências.”
(Entrevistada L)

A mídia eu acredito que não esteja tão relacionada com o VER-SUS. As redes sociais são de fundamental importância porque é através delas que a gente fica sabendo quando e onde vai acontecer o VER-SUS.
(Entrevistada O)

As redes sociais virtuais em suas distintas plataformas foram significadas como contextos de contraponto e espaço para que as articulações ideológicas do VER-SUS ocorram.

Interessante ainda foram os relatos de dois entrevistados que evidenciaram o posicionamento político antagônico com que a mídia telejornalística hegemônica desempenhou em uma vivência mineira e o posicionamento atuante que ainda é possível estabelecer com a mídia jornalística regional como uma vivência junto a RMPA possibilitou:

“Pará de Minas foi extremamente engraçado porque em Minas Gerais a mídia mais prejudicava do que qualquer outra coisa. Eles entendiam que o VER-SUS era uma questão política. Porque foi a primeira vez naquela cidade em 2014/01... E aí eles iam atrás de nós nos hospitais e nas UBS’s ou em qualquer lugar que a gente estivesse para que nós que éramos de outros locais de Pará de Minas falássemos mal do prefeito. Falássemos mal da secretária municipal de saúde ou das estruturas que a gente estava vendo para eles poderem noticiar. Então eu acho que a mídia ali foi um fator negativo. Em Novo Hamburgo ocorreu deles na mídia... No jornal diário de Novo Hamburgo que não me lembro o nome... É isso... De ele estar sendo bastante positivo porque traz não só fotos mas escreve o que é o projeto e demonstra que estamos na cidade e reconhecendo a cidade como importante formador para nós. Então a mídia teve ali um papel positivo.”

(Entrevistada E)

“A mídia aqui na cidade aqui de Novo Hamburgo acho que foi por incrível que pareça foi bem atuante assim na nossa empreitada. Eles deram cobertura total. Tanto na web quanto nos jornais impressos. Todas as atividades foram listadas certinho. E eu acho que foi a questão do VER-SUS assim foi bem divulgado pela mídia de Novo Hamburgo.”

(Entrevistado G)

Conforme enunciação de nossos entrevistados, percebemos que o VER-SUS enquanto ponto nodal, mesmo que precariamente constituído enquanto prática discursiva junto à formação dos trabalhadores junto ao campo da saúde configura-se igualmente como propõe Machado (2014, p.15) em um “campo de intervenção” onde grupos organizados disputam a discursividade dos elementos presentes no denominado projeto político:

Entre o Estado e a sociedade civil, incluindo-se desde as agência internacionais de fomento até os partidos políticos, os grupos organizados, as redes de grupos organizados, ou mesmo ativistas independentes, formam-se “campos de intervenção”. Diversos atores coletivos, muitas vezes antagônicos entre si, buscam inserir nesses “campos de intervenção”, disputando a representação de elementos identitários que podem se configurar como monopólio de narrativas acerca de determinadas experiências sociais (MACHADO, 2014, p.150).

Na presente análise dos dados obtidos em nossas entrevistas semiestruturadas realizadas, podemos pontuar que o funcionamento da ideologia enquanto práticas discursiva junto às formações e articulações ideológicas e discursivas interpelam os indivíduos em sempre já sujeitos (entendendo os sujeitos como sujeitos de sua “realidade”, enquanto sistema de significações e evidências) que se realizam através de pontos nodais que são disputados por elementos até então dispersos junto à formação dos trabalhadores no campo da saúde:

(...) estamos, simplesmente, retomando a designação que Lacan e Althusser – cada um a seu modo – deram (adotando deliberadamente as formas travestidas e “fantasmagóricas” inerentes à subjetividade) do processo natural e sócio-histórico pelo qual se constitui-reproduz o efeito-sujeito como *interior* sem *exterior*, e isso pela *determinação do real (exterior)*, e especificamente – acrescentaremos – *do interdiscurso como real (exterior)* (PÊCHEUX, 1995, p.162-163, grifos do autor citado).

Os elementos dispersos que entram em articulação na formação das práticas discursivas e ideológicas existentes junto ao VER-SUS, enquanto denominado projeto político, tencionam em nossa análise suprir uma incompletude identitária de determinados sujeitos posicionados em defesa da saúde pública e do SUS. Estes sujeitos percebendo que as formações ideológicas e discursivas das práticas hegemonicamente flexnerianas não recobrem os limites precários dos campos sanitários, sociais e outros possíveis, buscam articulações ideológicas e discursivas igualmente precárias em projetos políticos como o VER-SUS ou em contextos similares:

No sentido de Laclau, portanto, toda identidade vive numa constante busca à completude, sendo tal busca, contudo, sempre ineficaz. A hegemonia, *in contrario sensu* à noção de falta constitutiva ou de incompletude identitária, visa a preencher – contudo, insistimos, sempre de forma ineficaz – essa ausência de plenitude. Conforme Laclau: “entendo por ‘hegemonia’ uma relação em que um conteúdo particular assume, num certo contexto, a função de encarnar uma plenitude ausente” (LACLAU, 2002, p.122). Daí a ideia de “ordem” hegemônica (MENDONÇA; RODRIGUES, 2008, p.30).

Essa plenitude ausente que é percebida por alguns sujeitos em formação junto ao campo da saúde e que estão posicionados discursivamente em defesa da saúde pública e dos contextos sanitários sociais brasileiros, mesmo que seja precariamente assumida por práticas discursivas similares ou iguais ao denominado projeto político VER-SUS, dificilmente conseguem recobrir o conteúdo particular não assumido pela hegemonia flexneriana das formações ideológicas e discursivas dos aparatos institucionais universitários. Mesmo que nossa postulação de análise seja errônea ou eficaz quanto às possibilidades de articulações discursivas e ideológicas do denominado projeto político VER-SUS, não queremos com isso desmerecer as práticas discursivas pesquisadas e ora analisadas. Entretanto, acreditamos que os sujeitos posicionados em defesa da realidade sanitária brasileira poderiam estabelecer sublevadas disputas discursivas junto não somente aos aparatos institucionais universitários e estatais, mas igualmente sublevadas disputas discursivas junto a aparatos institucionais sociais, sindicais, religiosos e outros possíveis de organização das demandas dos movimentos sociais de modo que de fato a formação dos trabalhadores no campo da saúde se contextualizasse com as significações significantes antagônicas à hegemonia flexneriana.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A dissertação aqui apresentada pesquisou o denominado projeto político VER-SUS junto à realidade da RMPA, tendo implícitas relações com a formação dos trabalhadores no campo da saúde na delimitação precária com o campo do social tencionando evidenciar as significações perante um objetivo geral e três objetivos específicos anteriormente enunciados.

Com base nestas premissas concluímos em nossa pesquisa que o denominado projeto político VER-SUS não é uma ruptura que *tensiona* um antagonismo às práticas discursivas da formação dos trabalhadores junto ao campo da saúde. Através das significações enunciadas pelos sujeitos partícipes do referido projeto político, podemos conceber o VER-SUS como um ponto nodal onde são *tencionadas* algumas articulações discursivas e ideológicas de elementos ausentes na formação em saúde promovida de forma flexneriana pelos aparatos institucionais universitários, estatais, sanitários, sociais e outros possíveis junto a proposta.

Articulações discursivas e ideológicas que necessariamente não estão desarticuladas da hegemonia dos aparatos institucionais, tendo em vista que os elementos articulados, mesmo estando em externalidade às formações ideológicas e discursivas flexnerianas, não seriam separados efetivamente dos mesmos. Tendo em vista o que Laclau (2011, p.139-140) pontua, se esta separação fosse efetiva não seria externalidade dos elementos articulados pretensamente existentes junto ao VER-SUS. Esta argumentação se objetiva nas cadeias significantes enunciadas pelos sujeitos partícipes do denominado projeto político VER-SUS.

As articulações discursivas enunciadas pelos sujeitos que participam do VER-SUS evidenciam como as cadeias significantes do campo da saúde são amalgamadas com as significações flexnerianas presentes no campo da saúde. As articulações discursivas enunciadas significaram como os centramentos discursivos flexnerianos:

- a) Fragmentam o trabalho assistencial em detrimento das práticas integrativas em saúde;
- b) Antagonizam o campo da saúde como algo distinto do campo humanístico;
- c) Sobredeterminam práticas discursivas da saúde privada nos aparatos institucionais;
- d) Inferiorizam a identificação dos sujeitos com práticas discursivas da saúde pública;
- e) Vinculam a significação da responsabilidade com a vida com as práticas assistenciais;
- f) Estabelecem discursivamente supostos perfis profissionais das identidades de sujeito;
- g) Promovem a identificação dos sujeitos com práticas discursivas flexnerianas;
- h) Obliteram identificações discursivas com práticas discursivas não flexnerianas;
- i) Significam estreitas significações biomédicas dos conceitos de saúde e doença;

As formações discursivas enunciadas pelos sujeitos que participam do VER-SUS evidenciam o vazio constitutivo da pretensa universalidade ausente de suas formações profissionais junto ao campo da saúde. As formações discursivas enunciadas significaram como os aparatos institucionais universitários junto ao campo da saúde:

- a) Desconsideram significações pessoais dos significantes doença e saúde;
- b) Vinculam significantes do campo da saúde como elementos articulados do capital;
- c) Homogeneízam as práticas clínicas / biomédicas com o discurso capitalista;
- d) Estabelecem currículos residuais que se contraponham a hegemonia flexneriana;
- e) Reduzem a significante doença a um significante patológico subjetivo e não social;
- f) Centralizam o profissional médico, os contextos hospitalares e as práticas assistenciais;
- g) Restringem condições materiais de contato prático com a saúde pública;
- h) Antagonizam discursos da saúde pública com práticas de saúde privada;
- i) Constituem um ideário profissional biomédico/clínico/capitalista.

As formações ideológicas enunciadas pelos sujeitos que participam do VER-SUS evidenciam a precariedade com que as práticas discursivas se articulam na totalidade como horizonte de possibilidades junto ao campo brasileiro da saúde. As formações ideológicas enunciadas significaram como os aparatos institucionais estatais, sociais e midiáticos junto ao campo da saúde:

- a) Contradizem discursos governamentais com práticas estatais insuficientes;
- b) Redundam práticas que negam o caráter social da saúde pública;
- c) Sobredeterminam significações pejorativas da saúde pública;
- d) Exacerbam o lucro da saúde privada suplantando a saúde pública;
- e) Conduzem prioridades imbricadas com a lógica capitalista hegemônica;
- f) Instituem cadeias significantes que endossam discursos flexnerianos;
- g) Antagonizam a iconização mercantil da saúde com a precariedade da saúde pública;
- h) Estabelecem um imaginário discursivo vinculado a lógica da saúde como produto;
- i) Engendram discursos da mais-valia e do mais-de-gozar junto ao campo da saúde;

As articulações ideológicas enunciadas pelos sujeitos que participam do VER-SUS evidenciam a presença de elementos ausentes em sua formação formal junto aos momentos do referido projeto político. As articulações ideológicas enunciadas significaram o VER-SUS como um denominado projeto político que:

- a) Possibilita identificações dos sujeitos com uma formação militante da saúde pública;
- b) Desenvolve momento de formação contextual com a saúde pública;
- c) Permite o contato com ambivalentes práticas discursivas da saúde pública brasileira;
- d) Disputa significações dos elementos presentes junto ao campo da saúde;
- e) Estabelece relações imaginárias dos sujeitos com as condições sanitárias da realidade;
- f) Perpassa o atravessamento do capital econômico em suas práticas discursivas;
- g) É apropriado por aparatos institucionais sociais instituídos como redes privadas;
- h) Incita práticas discursivas do ME junto aos aparatos institucionais universitários;
- j) Demonstra que a democracia precisa ser radicalizada discursivamente junto à sociedade;
- k) Financiado e ocorrido junto a aparatos institucionais estatais, sanitários e sociais;
- l) Delegado à terceiros incorre em contradições de financiamento e organização;
- m) Estrutura diferentes possibilidades de organização conforme o contexto vivenciado;
- n) Submete aos sujeitos dos coletivos estudantis a determinadas práticas discursivas;
- o) Posicionam os movimentos sociais apenas como espaços de visitação ou de discurso;

Com base nestas enunciações discursivas e ideológicas que os sujeitos participantes do denominado projeto político articulam e formam enquanto significações evidenciadas nas observações participantes e nas entrevistas semiestruturadas que procedemos, podemos concluir que o VER-SUS se encontra num momento anterior ao da articulação política efetiva, onde “(...) os elementos estão imersos numa lógica complexa, ou seja, estão dispersos, uns em relação aos outros, de forma aleatória, no campo da discursividade (MENDONÇA, 2008, p.62)” não chegando a fazer um claro antagonismo com a hegemonia flexneriana.

Acreditamos que o VER-SUS justamente por ser um projeto político e não um programa social dos aparatos institucionais estatais, ao mesmo tempo em que possui uma margem de dispersão dos elementos articulados do campo da formação profissional em saúde, igualmente não consegue aglutinar elementos que possibilitariam uma capacidade discursiva de identificação maior dos sujeitos com práticas discursivas não flexnerianas. Tanto o denominado projeto político VER-SUS, como os programas sociais PRO-Saúde e PET-Saúde recobrem de forma muito precária as obrigações que os aparatos institucionais estatais teriam de articular com os aparatos institucionais universitários, sociais, midiáticos e outros possíveis com relação ao que é preconizado no artigo nº. 200 § III da CF brasileira. Mesmo que tais projetos ou programas sociais recobrissem essa universalidade ausente da formação de profissionais junto ao campo da saúde, deveríamos ainda questionar como se desenvolveria tal intencionalidade tendo em vista as práticas discursivas capitalistas hegemônicas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

ACIOLE, Geovani Gurgel. **A Saúde no Brasil: Cartografias do Público e do Privado**. 1. Ed. São Paulo: Hucitec, 2006.

ADORNO, Theodor Ludwig Wiesengrund. **Introdução Sociologia (1968)**. São Paulo: UNESP, 2008.

ALTHUSSER, Louis. **Freud e Lacan. Marx e Freud: introdução crítica-histórica**. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1984.

ALTHUSSER, Louis. **Aparelhos ideológicos de estado**. 2. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1985.

ALVES, L. V. V.; CARDOSO, L. S.; DIMKOSKI, E. D. Percepção do Programa Saúde da Família a partir de estagiários do Projeto VER-SUS: Vivências e Estágios na Realidade do Sistema Único de Saúde. **Família, saúde e desenvolvimento**, v.7, n.3, p.266-271, set.- dez. 2005.

ANTUNES, Deborah Christina. *Entre rigor lógico e flexibilidade expressiva: uma leitura dos instrumentos e das classificações de pesquisa sobre personalidade autoritária a partir da Teoria Crítica da Sociedade*. In: LARA JR. Nadir; LIMA, Aluísio Ferreira de. **Metodologia de Pesquisa em Psicologia Social Crítica**. Porto Alegre: Sulina, 2014.

APARATO. In: FERREIRA, Aurélio Buarque de Holanda. **Mini Aurélio: o minidicionário da língua portuguesa**. 6. ed. Curitiba: Positivo, 2004.

APARELHO. In: FERREIRA, Aurélio Buarque de Holanda. **Mini Aurélio: o minidicionário da língua portuguesa**. 6. ed. Curitiba: Positivo, 2004.

AROUCA, Antonio Sergio da Silva. **O dilema preventivista: contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva**. 1975. 197 f. Tese (Doutorado em Ciências Médicas) – Programa de Pós-Graduação em Ciências Médicas, Universidade de Campinas – UNICAMP, SP, 1975.

AROUCA, Antonio Sergio da Silva. **O dilema preventivista: contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva**. São Paulo: Editora UNESP; Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2003.

ARRETCHE, Marta. **Estado federativo e políticas sociais: determinantes da descentralização**. Rio de Janeiro: Revan, 2000.

BACHELARD, Gaston. **A dialética da duração**. São Paulo: Ática. 1988.

BARRETT, Michele. *Ideologia, Política e Hegemonia: de Gramsci a Laclau e Mouffe*. In: ADORNO, Theodor W. et al.; ZIZEK, Slavoj (Org.). **Um Mapa da Ideologia**. Rio de Janeiro: Contraponto, 1996, p.235-264.

BARTHES, Roland. **Mitologias**. 1. ed. Lisboa: Edições 70, 1988.

BAUER, Martin W.; GASKELL, George. **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático**. Petrópolis: Vozes, 2002.

BELL, Judith. **Projeto de pesquisa**: guia para pesquisadores iniciantes em educação, saúde e ciências sociais. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2008.

BERLINGUER, Giovanni Berlinguer. **Reforma Sanitária**: Itália e Brasil. São Paulo: Editora Hucitec, 1988.

BILIBIO, Luiz Fernando Silva. **Por uma alma dos serviços de saúde para além do bem e do mal**: implicações micropolíticas à formação em saúde. 2009. 191 f. Tese (Doutorado em Educação). Programa de Pós-Graduação em Educação, Faculdade de Educação, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS, 2009.

Disponível em: <<http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/34741/000699267.pdf?sequence=1>>. Acesso em: 26 maio 2013.

BOLTANSKI, Luc. **As Classes Sociais e o Corpo**. 1. ed. Rio de Janeiro: Edição Graal, 1979.

BONET, Octavio. **Saber e Sentir**: uma etnografia da aprendizagem da biomedicina. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2004.

BOSI, Maria Lúcia Magalhães e MACEDO, Marcos Aurélio. **Anotações sobre a análise crítica de discurso em pesquisas qualitativas no campo da saúde**. *Rev. Bras. Saúde Mater. Infant.* 2014, vol.14, n.4, pp. 423-432.

BOURDIEU, Pierre. **Questões de Sociologia**. 1. ed. Rio de Janeiro: Marco Zero, 1983.

BOURDIEU, Pierre. **Coisas Ditas**. 1. ed. São Paulo: Editora Brasiliense, 1990.

BOURDIEU, Pierre. **Razões Práticas**: Sobre a teoria da ação. Campinas: Papirus, 1996.

BOURDIEU, Pierre; CHAMBOREDON, Jean Claude; PASSERON, Jean-Claude. **A profissão de sociólogo**: preliminares epistemológicas. Petrópolis: Vozes, 1999.

BRANDÃO, Helena H. Nagamine. **Introdução à análise do discurso**. 2. ed. Campinas, SP: Editora da UNICAMP, 1993.

BRANDÃO, Helena H. Nagamine. *Da língua ao discurso do homogêneo ao heterogêneo*. In: BRAIT, Beth. **Estudos enunciativos no Brasil**: histórias e perspectivas. Campinas, SP: Pontes, São Paulo: FAPESP, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Comissão de Representação do Movimento Estudantil da Área da Saúde. **Projeto VER-SUS/Brasil**: vivências e estágios na realidade do Sistema Único de Saúde. Brasília, 2004a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Projeto VER-SUS/Brasil**: relatório de avaliação do Projeto-Piloto. Brasília, 2004b.

BRASIL. Ministério da Saúde Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa; FALEIROS, Vicente de Paula (Org.). **A construção do SUS: histórias da reforma sanitária e do processo participativo**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Constituição (1988) **Constituição da República Federativa do Brasil**.

Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constitui%C3%A7ao.htm>.

Acesso em: 17 jun. 2012.

BRASIL. **Lei nº. 8.080, de 19 de setembro de 1990**.

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

Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8080.htm>.

Acesso em: 17 jun. 2012.

BRASIL. **Lei nº. 8.142, de 19 de setembro de 1990**.

Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências.

Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8142.htm>.

Acesso em: 17 jun. 2012.

BREILH, Jaime. **Epidemiologia: economia, medicina e política**. 3. ed. São Paulo: UNESP/Hucitec, 1991.

BRETON, David Le. **Antropologia do corpo e modernidade**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2011.

BURAWOY, Michael. **O marxismo encontra Bourdieu**. Campinas, SP: Editora da UNICAMP, 2010.

BURITY, Joanildo Albuquerque. *Discurso, política e sujeito na teoria da hegemonia de Ernesto Laclau*. In: MENDONÇA, Daniel; RODRIGUES, Léo Peixoto (Orgs.). **Pós Estruturalismo e Teoria do Discurso: em torno de Ernesto Laclau**. Porto Alegre, 2008.

CAMPOS, Gastão Wagner de Souza. **Os médicos e a política de saúde: entre e estatização e o empresariamento: a defesa da prática liberal da medicina**. São Paulo: Hucitec, 1988.

CAMPOS, Gastão Wagner de Souza. **Reforma da reforma: Repensando a saúde**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 1997.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. *De Medicina Preventiva à Medicina baseada em evidências*. In: AROUCA, Sergio. **O dilema preventivista: contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva**. São Paulo: Editora UNESP; Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2003.

CAMPOS, Gastão Wagner de Souza. **Os médicos e a política de saúde: entre e estatização e o empresariamento: a defesa da prática liberal da medicina**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2006.

CANGUILHEM, Georges. **O normal e o patológico**. 1. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1978.

CANGUILHEM, Georges. **O normal e o patológico**. 5. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2000.

CANÔNICO, R. P.; BRÊTAS, A. C. P.. Significado do Programa Vivência e Estágios na Realidade do Sistema Único de Saúde para formação profissional na área da saúde. **Acta paulista de Enfermagem**, v.21, n.2, p.256-261, 2008.

CARVALHO, Antônio Ivo de. **Conselhos de Saúde no Brasil: participação cidadã e controle social**. Rio de Janeiro: Fase/Ibam, 1995.

CARVALHO, Guido Ivan de; SANTOS, Lenir. **Sistema Único de Saúde: Comentários à Lei Orgânica de Saúde - Leis n. 8.080/90 e 8.142/90**. 4. ed. São Paulo: UNICAMP, 2006.

CASTEL, Robert. **As metamorfoses da questão social: uma crônica do salário**. [10. ed.]. Petrópolis, RJ: Vozes, 2012.

CASTORIADIS, Cornelius. **A instituição imaginária da sociedade**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1982.

CECCIM, Ricardo Burg; MATTOS, Rubem Araújo de; PINHEIRO, Roseni. **Ensinar Saúde: A integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área da saúde**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ: CAPESQ: ABRASCO, 2005.

CECCIM, Ricardo Burg; MATTOS, Rubem Araújo de; PINHEIRO, Roseni. **Ensino – Trabalho – Cidadania: Novas Marcas ao Ensino Integralidade no SUS**. 2. ed. Rio de Janeiro: IMS, 2006.

CHAUÍ, Marilena. **Escritos sobre a universidade**. São Paulo: UNESP, 2001.

COHN, Amélia. **Previdência social e processo político no Brasil**. São Paulo: Moderna, 1981.

COHN, Amélia. et. al. **Pesquisa social em saúde**. São Paulo: Cortez, 1992.

COHN, Amélia. *Debatendo a questão*. In: COHN, Amélia. et al. **Pesquisa social em saúde**. São Paulo: Cortez, 1992.

COHN, Amélia. *Mudanças econômicas e políticas de saúde no Brasil*. In: LAURELL, Asa Cristina. **Estado e Políticas Sociais no Neoliberalismo**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 1997.

CORREIA, Maria Valéria Costa. **Que Controle Social? Os Conselhos de Saúde**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2000.

CUÉLLAR, David Pavón. *Do método lacanianos crítico-teórico às suas reconfigurações prático-políticas em discursos concretos: questionamento da ideologia, compromisso do pesquisador e subversão do sujeito*. In: LARA JR. Nadir; LIMA, Aluísio Ferreira de. **Metodologia de Pesquisa em Psicologia Social Crítica**. Porto Alegre: Sulina, 2014.

DA ROS Marco Aurélio. *A ideologia nos cursos de medicina*. In: Marins J. J. N., Rego S., Lampert JB, Araújo J.G.C. (Orgs.). **Educação médica em transformação: instrumentos para a construção de novas realidades**. São Paulo: Hucitec, 2004. p.224-244.

DALLARI, Dalmo de Abreu. **Direitos Humanos e Cidadania**. São Paulo: Ed. Moderna, 1998.

DALLARI, Sueli Gandolfi. **Municipalização dos serviços de saúde**. 1 ed. São Paulo: Hucitec, 1985.

DALLARI, Sueli Gandolfi. **Saúde do brasileiro**. São Paulo: Moderna, 1987.

DALLARI, Sueli Gandolfi. **Os estados brasileiros e o direito a saúde**. 1 ed. São Paulo: Hucitec, 1995.

DELEUZE, Gilles. **Diferença e Repetição**. 2. ed. São Paulo: Graal, 2006.

DERRIDA, Jacques. **Gramatologia**. 2. ed. São Paulo: Perspectiva, 2004.

DETERMINAÇÃO. In: FERREIRA, Aurélio Buarque de Holanda. **Mini Aurélio: o minidicionário da língua portuguesa**. 6. ed. Curitiba: Positivo, 2004.

DETERMINISMO. In: FERREIRA, Aurélio Buarque de Holanda. **Mini Aurélio: o minidicionário da língua portuguesa**. 6. ed. Curitiba: Positivo, 2004.

DURIGUETTO, Maria Lúcia e MONTAÑO, Carlos. **Estado, Classe Social e Movimento Social**. São Paulo: Cortez, 2010.

EAGLETON, Terry. **Ideologia: uma introdução**. São Paulo: Boitempo, 1997.

EAGLETON, 1998. **As ilusões do pós-modernismo**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998.

FAIRCLOUGH, Norman. **Discurso e mudança social**. Brasília: Editora Universidade de Brasília, 2001.

FÁVERO, Maria de Lourdes de Albuquerque. **A universidade em busca de sua identidade**. Petrópolis: Vozes. 1977.

FERLA, A. A., et. al. **Caderno de Textos do VERSUS/Brasil**. Porto Alegre: Rede Unida, 2013.

FERNANDES, Florestan. **Universidade Brasileira: Reforma ou Revolução?** São Paulo: Alfa – Ômega, 1979.

FERREIRA, José Silon. **Mobilizações sociais nas comunidades da Zona Norte de São Leopoldo: práticas pastorais, sociais e políticas desenvolvidas por sujeitos sociais em torno da ação do Pe. Orestes Stragliotto**. 2014. 165 f. Dissertação (Mestrado em Ciências Sociais) – Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais, Universidade do Vale do Rio dos Sinos – UNISINOS, São Leopoldo, 2014.

FIORAVANTE, Eduardo. **Modo de Produção, Formação Social e Processo de Trabalho**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1978.

FLEURY, Sonia Maria. **Reforma Sanitária: Em busca de uma teoria.** São Paulo: Cortez, 1989.

FÔRMA. In: FERREIRA, Aurélio Buarque de Holanda. **Mini Aurélio: o minidicionário da língua portuguesa.** 6. ed. Curitiba: Positivo, 2004.

FOUCAULT, Michel. **Doença Mental e Psicologia.** 1. ed. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1968.

FOUCAULT, Michel. **A arqueologia do saber.** 2. ed. Petrópolis: Vozes, 1972.

FOUCAULT, Michel. **História da loucura na idade clássica.** 1. ed. São Paulo: Perspectiva, 1978.

FOUCAULT, Michel. **Microfísica do poder.** Rio de Janeiro: Edições Graal, 1979.

FOUCAULT, Michel. **O nascimento da clínica.** 4. ed. Rio de Janeiro: Forense-Universitária, 1994.

FOUCAULT, Michel; LAGRANGE, Jacques. **O poder psiquiátrico: curso dado no Collège de France (1973-1974).** São Paulo: Martins Fontes, 2006.

FOUCAULT, Michel; SENELLART, Michel. **Nascimentos da biopolítica: curso dado no Collège de France (1978-1979).** São Paulo: Martins Fontes, 2008.

FREGE, Gottlob. **Investigações lógicas.** Porto Alegre: PUCRS, 2002.

FÜHR, Jean Jeison. **Repensando o público e o privado junto ao SUS.** São Leopoldo: Oikos, 2013.

GARCIA, A.R. **O impacto do VER-SUS na minha formação.** Monografia (graduação não informada) - Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, MG, 2005.

GÁRCIA, Juan César. Sociología y medicina: bases sociológicas de la relación médico-paciente. **Cuadernos Médico Sociales.** 1963; 4 (1-2):11-16.

GÁRCIA, Juan César. **Pensamento social em saúde na América Latina.** Everardo Duarte Nunes (Org.). São Paulo: Cortez, 1989.

GIACAGLIA, Mirta. *Universalismo e Particularismo: emancipação e democracia na teoria do discurso.* In: MENDONÇA, Daniel de; RODRIGUES, Léo Peixoto. **Pós-estruturalismo e teoria do discurso: em torno de Ernesto Laclau.** Porto Alegre: EDIPUCRS, 2008.

GIANNOTTI, José Arthur. **Universidade em ritmo de barbárie.** 3. ed. São Paulo: Brasiliense, 1987.

GRACIA, Tomas Ibanez. *O "giro linguístico".* In: IÑIGUEZ, Lupicínio. **Manual de análise do discurso em Ciências Sociais.** Petrópolis, RJ: Vozes, 2004.

- GRAMSCI, Antonio. **Cadernos do Cárcere**. v. 1. 3ª ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2004.
- GRUPPI, Luciano. **Conceito de hegemonia em Gramsci**. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1978.
- GUIMARÃES, A. R. **Novos sujeitos para novas práticas: a experiência gaúcha do VERSUS/Brasil**. 2006. Monografia (Graduação em Farmácia) - Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul, Ijuí, RS, 2006.
- HOCHMAN, Gilberto. **A era do saneamento: as bases da política de saúde pública no Brasil**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2006.
- HUSSERL, Edmund. **Meditações cartesianas: introdução à fenomenologia**. Porto: Rés, 1985.
- HUSSERL, Edmund. **A ideia da fenomenologia**. Lisboa: Edições 70, 1986.
- HUSSERL, Edmund. **A crise da humanidade europeia e a filosofia**. 2. ed. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2002.
- IBGE. **Economia da saúde: uma perspectiva macroeconômica 2000-2005** / IBGE, Diretoria de Pesquisas Coordenação de Contas Nacionais. - Rio de Janeiro: IBGE, 2008.
- IBGE. **Estatísticas da saúde: assistência médico-sanitária 2009** / IBGE, Departamento de População e Indicadores Sociais. - Rio de Janeiro: IBGE, 2010.
- ILLICH, Ivan. **A expropriação da saúde: Nêmesis da medicina**. 4. ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1975.
- INEP. **Censo da educação superior: 2011 – resumo técnico**. – Brasília: Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira, 2013.
- IÑIGUEZ, Lupicínio. **Manual de análise do discurso em Ciências Sociais**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2004.
- INTENÇÃO In: FERREIRA, Aurélio Buarque de Holanda. **Mini Aurélio: o minidicionário da língua portuguesa**. 6. ed. Curitiba: Positivo, 2004.
- JAKOBSON, Roman. **Linguística e Comunicação**. 1. ed. São Paulo: Cultrix. 1969.
- JAKOBSON, Roman. **Ensaio de Linguística Geral**. Paris: Minuit, 1999.
- JARDIM, Luciane; LARA JR., Nadir. *Contribuições psicanalíticas para a compreensão das operações discursivas ideológicas*. In: LARA JR. Nadir; LIMA, Aluísio Ferreira de. **Metodologia de Pesquisa em Psicologia Social Crítica**. Porto Alegre: Sulina, 2014.
- LACAN, Jacques-Marie Émile. **O Seminário – Livro 3 - As Psicoses**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1985.

LACAN, Jacques-Marie Émile. **O Seminário – Livro 5 - As formações do inconsciente**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1999.

LACAN, Jacques-Marie Émile. **O Seminário – Livro 16 – De um Outro ao outro**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2008.

LACLAU, Ernesto. **Política e ideologia na teoria marxista: capitalismo, fascismo e populismo**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1978.

LACLAU, Ernesto & MOUFFE, Chantal. **Hegemonía y Estrategia Socialista: Hacia una radicalización de la democracia**. Madrid: Siglo XXI, 1987.

LACLAU, Ernesto. **Emancipação e diferença**. Rio de Janeiro: EdUERJ, 2011.

LACLAU, Ernesto. *Inclusão, exclusão e a construção de identidades*. In: AMARAL JUNIOR, Aécio; BURITY, Joaílto Albuquerque (Org.). **Inclusão social, identidade e diferença: perspectivas pós-estruturalistas de análise social**. São Paulo: Annablume, 2009.

LARA JUNIOR, Nadir. **A Mística do MST como Laço Social**. 2010. 158 f. Tese (Doutorado em Psicologia Social) – Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, SP, 2010.

LARA JR. Nadir; LIMA, Aluísio Ferreira de. **Metodologia de Pesquisa em Psicologia Social Crítica**. Porto Alegre: Sulina, 2014.

LAUREL, Asa Cristina. *Avançando em direção ao passado: a política social do neoliberalismo*. In: LAUREL, Asa Cristina. **Estado e Políticas Sociais no Neoliberalismo**. 2. ed. São Paulo: Córtez. 1997.

LEAL, M. B. **Da realidade aos desafios: efeitos da iniciativa VER-SUS/Brasil na formação de trabalhadores para o SUS**. 2005. Monografia (Graduação em Administração de Sistemas e Serviços de Saúde) – Universidade Estadual do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS, 2005.

LEFEBVRE, Henry. **Sociologia de Marx**. 1 ed. Rio de Janeiro: Companhia Editora Forense, 1968.

LEFÈVRE, Fernando. **Mitologia Sanitária: Saúde, Doença, Mídia e Linguagem**. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 1999.

LIMA, Aluísio Ferreira. *História oral e narrativas de história de vida: a vida dos outros como material de pesquisa*. In: LARA JR. Nadir; LIMA, Aluísio Ferreira de. **Metodologia de Pesquisa em Psicologia Social Crítica**. Porto Alegre: Sulina, 2014.

LUZ, Madel Therezinha. **Instituição e Estratégia de Hegemonia: As Instituições Médicas no Brasil**. 1978. Tese (Doutorado em Ciência Política) – Programa de Pós-Graduação da Universidade de São Paulo – USP, SP, 1978.

LUZ, Madel Therezinha. **As instituições médicas no Brasil: instituições e estratégia de hegemonia**. 3. ed. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1986.

- MACHADO, Frederico Viana. *Analisando as fronteiras entre o Estado e os Movimentos Sociais: considerações teórico-metodológicas*. In: LARA JR. Nadir; LIMA, Aluísio Ferreira de. **Metodologia de Pesquisa em Psicologia Social Crítica**. Porto Alegre: Sulina, 2014.
- MAGALHÃES, António M. **A identidade do ensino superior: política, conhecimento e educação numa época de transição**. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 2004.
- MAINGUENEAU, Dominique. **Gênese dos Discursos**. Curitiba: Criar Edições, 2005.
- MANDEL, Ernest. **A crise do capital; os fatos e sua interpretação marxista**; São Paulo: Ed. Ensaio, 1990.
- MARANHÃO, Thaís. Vivências e estágios na realidade do Sistema Único de Saúde: um “garimpo” bibliográfico. RECIIS – **R. Eletr. de Com. Inf. Inov. Saúde**. Rio de Janeiro, v.7, n.4, dez., 2013.
- MARQUES, Luciana Rosa. *Contribuições da democracia radical e da teoria do discurso de Ernesto Laclau ao estudo da gestão da educação*. In: MENDONÇA, Daniel de; RODRIGUES, Léo Peixoto. **Pós-estruturalismo e teoria do discurso: em torno de Ernesto Laclau**. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2008.
- MARX, Karl. **O Capital: crítica da economia política**. 2. ed. São Paulo: Nova Cultural, 1985.
- MARX, Karl. **Grundrisse: manuscritos econômicos de 1857-1858: esboços da crítica da economia política**. São Paulo: Boitempo, 2011.
- MAUSS, Marcel. **Sociologia e Antropologia**. Tradução de Paulo Neves. São Paulo: Cosac Naify, 2003.
- MELUCCI, Alberto. **O jogo do eu: A mudança de si em uma sociedade global**. São Leopoldo: UNISINOS, 2004.
- MENDES, Eugênio Vilaça. **Os grandes dilemas do SUS**. Salvador: Casa da saúde, 2001.
- MENDES, F. M. S. et. al. *VER-SUS: relato de vivências na formação de Psicologia*. **Psicologia, ciência e profissão**, v.32, n.1, p.174-187, 2012.
- MENDONÇA, Daniel de Mendonça; RODRIGUES, Léo Peixoto. **Pós-estruturalismo e teoria do discurso: em torno de Ernesto Laclau**. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2008.
- MENDONÇA, Daniel de. *A impossibilidade de emancipação: notas a partir da teoria do discurso*. In: MENDONÇA, Daniel de; RODRIGUES, Léo Peixoto. **Pós-estruturalismo e teoria do discurso: em torno de Ernesto Laclau**. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2008.
- MENDONÇA, Daniel de. *Antagonismo como identificação política*. **Revista Brasileira de Ciência Política**. n.9., set. – dez. de 2012, pp. 205-228.

MERHY, Emerson Elias. **O capitalismo e a saúde pública, a emergência das práticas sanitárias no estado de São Paulo**. 1. ed. São Paulo: Papyrus, 1985.

MERHY, Emerson Elias. **A saúde pública como política: São Paulo, 1920-1948: os movimentos sanitários, os modelos tecno-assistenciais e a formação das políticas governamentais**. São Paulo: Hucitec, 1992.

MERHY, Emerson Elias. **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. São Paulo: Hucitec, 2003.

MERHY, Emerson Elias. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo em ato**. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 2007.

MEUCCI, A. **O papel do *habitus* na teoria do conhecimento: Entre Aristóteles, Descartes, Hume, Kant e Bourdieu**. 2009. 130 f. Dissertação (Mestrado em Filosofia) – Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas. Departamento de Filosofia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2009.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 12. ed. São Paulo: Hucitec, 2000.

MONTAGNER, Miguel Ângelo. *Pierre Bourdieu, o corpo e a saúde: algumas possibilidades teóricas*. **Ciência saúde coletiva**. 2006, vol.11, n.2, pp. 515-526.

MOURA, Demócrito. **Saúde não se dá, conquista-se**. 1. ed. São Paulo: Hucitec, 1989.

MOUNTIAN, Ilana. *Análise de discurso e pesquisa feminista: algumas considerações sobre metodologia e ética em pesquisa*. In: LARA JR. Nadir; LIMA, Aluísio Ferreira de. **Metodologia de Pesquisa em Psicologia Social Crítica**. Porto Alegre: Sulina, 2014.

MYRDAL, Gunnar. **Aspectos políticos da teoria econômica**. 1. ed. Rio de Janeiro: Zahar, 1962.

NUNES, Everardo Duarte. **Medicina Social: Aspectos Históricos e Teóricos**. São Paulo: Global, 1983.

NUNES, Everardo Duarte. *Ciências Sociais e Saúde: revisão histórica e levantamento atual*. In: COHN, Amélia. et. al. **Pesquisa social em saúde**. São Paulo: Cortez, 1992.

NUNES, Everardo Duarte Nunes. *Por uma Arqueologia da Medicina Preventiva*. In: AROUCA, Sergio. **O dilema preventivista: contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva**. São Paulo: Editora UNESP; Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2003.

NUNES, Everardo Duarte. *Ciências Sociais em Saúde: uma reflexão sobre sua história*. In: MINAYO, Maria Cecília de Souza (org.). **Críticas e atuantes: ciências sociais e humanas em saúde na América Latina**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2005.

ORLANDI, Eni Pulcinelli. **A linguagem e seu Funcionamento**. As formas do discurso. Campinas. Ed. Pontes. 1987.

PAGLIOSA, Fernando Luiz; DA ROS, Marco Aurélio. *O Relatório Flexner: Para o Bem e o Para o Mal*. **Revista Brasileira de Educação Médica**. 2008. vol.32, n.4 pp. 492–499.

PAIM, Jairnilson Silva. **Saúde, crise e reformas**. Salvador: Centro Editorial e Didático da UFBA, 1986.

PAIM, Jairnilson Silva. **Recursos humanos em saúde no Brasil: problemas crônicos e desafios agudos**. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública / USP, 1994.

PAIM, Jairnilson Silva; ALMEIDA FILHO, Naomar de. **A crise da saúde pública: e a utopia as saúde coletiva**. Salvador: Casa da Saúde, 2000.

PAIM, Jairnilson Silva. **O que é o SUS**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2009.

PARKER, Ian. *Análise do Discurso: dimensões da crítica na Psicologia*. In: LARA JR. Nadir; LIMA, Aluísio Ferreira de. **Metodologia de Pesquisa em Psicologia Social Crítica**. Porto Alegre: Sulina, 2014.

PARSONS, Talcott. **The Social System**. Glencoe: Free Press, 1951.

PARSONS, Talcott. **O sistema das sociedades modernas**. São Paulo: Pioneira, 1974.

PASSERON, Jean-Claude. **O raciocínio sociológico: o espaço não popperiano do raciocínio natural**. Petrópolis, RJ: Vozes, 1995.

PÊCHEUX, Michel. **Semântica e Discurso: uma crítica à afirmação do óbvio**. Campinas: Editora da UNICAMP, 1995.

PÊCHEUX, Michel. **O Discurso: estrutura ou acontecimento**. Campinas: Pontes, 1999.

POLACK, Jean-Claude. **La medicina del capital**. Madrid: Fundamentos, 1974.

PRODUÇÃO. In: FERREIRA, Aurélio Buarque de Holanda. **Mini Aurélio: o minidicionário da língua portuguesa**. 6. ed. Curitiba: Positivo, 2004.

PROGRAMA. In: FERREIRA, Aurélio Buarque de Holanda. **Mini Aurélio: o minidicionário da língua portuguesa**. 6. ed. Curitiba: Positivo, 2004.

PROJETO. In: FERREIRA, Aurélio Buarque de Holanda. **Mini Aurélio: o minidicionário da língua portuguesa**. 6. ed. Curitiba: Positivo, 2004.

RABELLO, Lucíola Santos. **Promoção da Saúde**. A construção social de um conceito em perspectiva comparada. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2010.

RANCIÈRE, Jacques. **Sobre a teoria da Ideologia: a política de Althusser**. Porto: Portucalense, 1971.

RIBEIRO, Darcy. **A Universidade Necessária**. 5. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1991.

RIBEIRO, Darcy. **O Brasil como Problema**. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1995.

- RIQUINHO, D. L., & CAPOANI, D. S. (2002). VER-SUS/RS: um olhar de estudantes universitárias sobre o Sistema Único de Saúde no Rio Grande do Sul. **Boletim da Saúde**, 16 (1), 147-152.
- ROCHA, Júlio Cesar de Sá da. **Direito da saúde: direito sanitário na perspectiva dos interesses difusos e coletivos**. São Paulo: LTr, 1999.
- ROCHA, C. M. F. **A experiência da realização do Projeto Piloto do VER-SUS/Brasil na visão das “equipes coordenadoras” municipais**. 2004. Monografia (Especialização em Equipes Gestoras de Sistemas e Serviços de Saúde) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS, 2004.
- ROSEN, George. **Uma história da saúde pública**. São Paulo: HUCITEC: Editora da Universidade Estadual Paulista; Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 1994.
- SALES JR., Ronaldo. *Laclau e Foucault: Desconstrução e Genealogia*. In: MENDONÇA, Daniel de; RODRIGUES, Léo Peixoto. **Pós-estruturalismo e teoria do discurso: em torno de Ernesto Laclau**. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2008.
- SANTOS, Boaventura de Souza. **Pela Mão de Alice: o social e o político na pós-modernidade**. 12. ed. São Paulo: Cortez, 2008.
- SANTOS, F. M. D. **A esfera municipal da reorientação da formação profissional em saúde: contribuições ao debate**. 2009. Monografia (Especialização) - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2009.
- SAUSSURE, Ferdinand de. **Curso de Linguística geral**. 27. ed. São Paulo: Cultrix, 2006.
- SCHULTZ, Alfred. **Fenomenologia e relações sociais**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1979.
- SCHWARCZ, Lilia Moritz. **Espectáculo das raças: cientistas, instituições e questão racial no Brasil : 1870-1930**. São Paulo: Companhia das Letras, 1993.
- SOUZA, A. C. **VER-SUS: do ato de aprendizagem à transformação**. 2004. Monografia (Graduação em Enfermagem) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS 2004.
- SOUZA, P. W. G. **Projeto VER-SUS e Projeto Rondon: uma colaboração para a formação dos novos profissionais da saúde**. 2009. Monografia (Especialização em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2009.
- TENCIONAR In: FERREIRA, Aurélio Buarque de Holanda. **Mini Aurélio: o minidicionário da língua portuguesa**. 6. ed. Curitiba: Positivo, 2004
- TENSÃO In: FERREIRA, Aurélio Buarque de Holanda. **Mini Aurélio: o minidicionário da língua portuguesa**. 6. ed. Curitiba: Positivo, 2004

TENSIONAR In: FERREIRA, Aurélio Buarque de Holanda. **Mini Aurélio**: o minidicionário da língua portuguesa. 6. ed. Curitiba: Positivo, 2004

TESTA, Mario. **Pensar em Saúde**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.

THIRY-CHERQUES, Hermano Roberto. *Bourdieu Pierre: A teoria na prática*. **RAP**. Rio de Janeiro v. 40, n. 1, p.27-55, jan.-fev. 2006.

THIOLLENT, Michel. **Metodologia da pesquisa-ação**. 17. ed. São Paulo: Cortez, 2009.

TOMIMATSU, T. C. **O VER-SUS/Brasil e a formação em saúde dos estudantes de Serviço Social**. 2006. Monografia (Graduação em Serviço Social) – Universidade de Brasília, Brasília, DF, 2006.

TORRES, O. M. **Os estágios de vivência no Sistema Único de Saúde**: das experiências regionais à (trans)formação político-pedagógica do VER-SUS/Brasil. 2005. Dissertação (Mestrado Profissionalizante em Gestão de Sistemas de Saúde) – Universidade Federal da Bahia, Salvador.

USUÁRIO. In: FERREIRA, Aurélio Buarque de Holanda. **Mini Aurélio**: o minidicionário da língua portuguesa. 6. ed. Curitiba: Positivo, 2004.

VALENÇA, C. N. **Corações e mentes desvendam o Sistema Único de Saúde**: visões e vivências de estudantes de enfermagem. 2011. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, RN, 2011.

VIGILÂNCIA. In: FERREIRA, Aurélio Buarque de Holanda. **Mini Aurélio**: o minidicionário da língua portuguesa. 6. ed. Curitiba: Positivo, 2004.

WILLIAMS, James. **Pós-Estruturalismo**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2012.

ZIZEK, Slavoj. *Como Marx inventou o sintoma*. In: ADORNO, Theodor W. et al.; ZIZEK, Slavoj (Org.). **Um Mapa da Ideologia**. Rio de Janeiro: Contraponto, 1996.

ZIZEK, Slavoj. **Eles não sabem o que fazem**: o sublime objeto da ideologia. Rio de Janeiro: J. Zahar, 2003.

ZIZEK, Slavoj. **O mais sublime dos históricos**: Hegel com Lacan. Rio de Janeiro: J. Zahar, 2003.

ANEXO

Perguntas das entrevistas semiestruturadas realizadas:

- 1) Como é ser estudante do campo da saúde?
- 2) Como se deu teu envolvimento com o campo da saúde?
- 3) O que significa doença para você?
- 4) O que significa saúde para você?
- 5) Existem discursos que não limitem saúde em oposição à doença?
- 6) Como é o discurso da universidade em relação à saúde?
- 7) Como é o discurso da universidade em relação à doença?
- 8) Como é o discurso da universidade em relação à saúde pública?
- 9) Como é o discurso da universidade em relação à saúde privada?
- 10) Quais são as disciplinas que abordam a saúde pública e o SUS em teu curso?
- 11) Como tu percebe as práticas do Estado em relação a saúde pública?
- 12) Como tu percebe as práticas do Estado em relação a saúde privada?
- 13) Como tu percebe os discursos da sociedade em relação a saúde pública?
- 14) Como tu percebe os discursos da sociedade em relação a saúde privada?
- 15) Como tu percebe os discursos da mídia em relação a saúde pública?
- 16) Como tu percebe os discursos da mídia em relação à saúde privada?
- 17) O que é o VER-SUS para além da sigla?
- 18) Que realidade é esta vivenciada no VER-SUS?
- 19) Quais são as articulações desenvolvidas com as universidades para que o VER-SUS aconteça?
- 20) Quais são as articulações desenvolvidas com o Estado para que o VER-SUS aconteça?
- 21) Quais são as articulações desenvolvidas com a Rede Unida para que o VER-SUS aconteça?
- 22) Quais são as articulações desenvolvidas com os movimentos sociais para que o VER-SUS aconteça?
- 23) Quais são as articulações desenvolvidas com a mídia/redes sociais para que o VER-SUS aconteça?