



UNIDADE UNIVERSITÁRIA DE JARDIM/MS
CURSO DE LETRAS

VANESSA ALINE DE SOUZA ALMEIDA AIVI

**O *SUJEITO* NO DISCURSO SOBRE O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS): UM
RECORTE DO *FACEBOOK***

Jardim – MS
2016



VANESSA ALINE DE SOUZA ALMEIDA AIVI

**O SUJEITO NO DISCURSO SOBRE O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS): UM
RECORTE DO *FACEBOOK***

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Letras, Habilitação Português – Inglês, da Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul, como requisito final para a obtenção do grau de Licenciado em Letras.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Rosemere de Almeida Agüero

JARDIM – MS
2016

FICHA CATALOGRÁFICA

ALMEIDA AIVI, Vanessa Aline de Souza.

O *sujeito* no discurso sobre o Sistema Único de Saúde (SUS): um recorte do *Facebook*.
Vanessa Aline de Souza Almeida Aivi. Jardim: UEMS, 2016.

Bibliografia

Monografia de Graduação – Curso de Letras Habilitação Português – Inglês – Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul.

1. Sujeito. 2. SUS. 3. *Facebook*; 4. AD.

É concedido à Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul a permissão para publicação e reprodução de cópia (s) deste Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) apenas para propósitos acadêmicos e científicos, resguardando –se a autoria do trabalho.

Vanessa Aline de Souza Almeida Aivi

Jardim / MS, 2016



CURSO DE LETRAS HABILITAÇÃO POTUGUÊS / INGLÊS
TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO
VANESSA ALINE DE SOUZA ALMEIDA AIVI

**O SUJEITO NO DISCURSO SOBRE O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS): UM
RECORTE DO *FACEBOOK***

APROVADO EM: _____/_____/_____

Orientadora: Prof.^a Dra. Rosemere de Almeida Agüero
UEMS/Jardim

Prof. Me. Jefferson Machado Barbosa
UEMS/Jardim

Prof. Dr. Neurivaldo Campos Pedrosa Junior
UEMS/Jardim

Àquele que mudou a minha vida, tornando-me uma
pessoa melhor e por quem eu enfrentei esta
caminhada, meu amado filho Guilherme.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente, agradeço a Deus por ter me dado forças para cumprir esta jornada.

À Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul que me proporcionou esta conquista.

À minha orientadora, professora Rosemere, pela paciência em me conduzir neste trabalho. Obrigada professora pelos conhecimentos a mim transmitidos.

A todos os professores do curso de Letras da UEMS de Jardim, pela contribuição com a minha formação.

A todos os colegas de turma, em especial aos companheiros de ônibus, com os quais convivi quatro anos nessas idas e vindas de uma cidade a outra.

Aos meus amados pais, Milton e Clarinda, por tudo que fizeram por mim e que sem os quais eu nada seria.

Ao meu querido esposo Reginaldo, pelo apoio em todos os momentos, inclusive nos mais difíceis. Obrigada, meu amor, por me compreender e me dar forças. Eu te amo.

Ao meu filho, Luiz Guilherme, que mesmo tão pequeno, inconscientemente me encorajou e me fez ver que era capaz. Obrigada, filho, foi por você que mamãe chegou até aqui.

Se não fossem iguais, os homens seriam incapazes de compreenderem-se entre si (...). Se não fossem diferentes (...), os homens não precisariam do discurso ou da ação para se fazerem entender.

(Hannah Arendt)

RESUMO

O presente trabalho trata do *sujeito*, analisado pelo viés do discurso de usuários e trabalhadores que integram o Sistema Único de Saúde (SUS), enunciado na rede social *Facebook*. A temática de todos esses discursos é o desempenho do SUS, Sistema responsável pela Saúde Pública no país e que atende grande parte dos brasileiros. O *corpus* do estudo é constituído por 8 (oito) recortes discursivos (RD), extraídos do *Facebook*, analisados na perspectiva da Análise do Discurso de linha francesa, a partir da voz teórica de Michel Pêcheux. Procuramos evidenciar as *posições-sujeito* dos enunciadores a partir das *formações discursivas* (FD) nas quais se inscrevem, assim como os *efeitos de sentido* que atravessam seus discursos. As análises mostraram a existência de dois grupos de sujeitos inscritos em duas formações discursivas diferentes (FD1 e FD2). Na FD1 encontramos duas *posições-sujeito* distintas (PS1 e PS2). Na FD2 evidenciamos sujeitos identificados à PS1 da FD1. Esse resultado comprova que as FD não são espaços fechados e que são passíveis de serem atravessadas por saberes e discursividades provenientes de outras FD.

Palavras-chave: 1. Sujeito; 2. SUS; 3. *Facebook*; 4. AD.

ABSTRACT

This work deals with the subject which has been analyzed by the bias of the speech of users and workers who integrate the Sistema Único de Saúde (SUS) which stands for Unified Health System, enunciated on the social network Facebook. The theme of all these speeches is the performance of SUS, the System responsible for Public Health in the country and which serves a large part of Brazilians. The corpus of the study consists of 8 (eight) discursive cutouts (DCO), extracted from Facebook and which have been analyzed from the perspective of French Speech Analysis, based on the theoretical voice of Michel Pêcheux. We sought to evidence the subject-positions of the enunciators from the discursive formations (DF) in which they are inscribed, as well as the effects of meaning that go through their discourses. The analyzes showed the existence of two groups of subjects enrolled in two different discursive formations (DF1 and DF2). In DF1 we have found two distinct subject positions (SP1 and SP2). In DF2, we have showed individuals identified to SP1 of DF1. This result proves that DFs are not closed spaces and that they can be crossed by knowledge and discursiveness from other DFs.

Keywords: 1. Subject; 2.SUS; 3. Facebook; 4. SA.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	14
CAPÍTULO I	
CONDIÇÕES HISTÓRICAS E IDEOLÓGICAS DA EMERGÊNCIA DAS POLÍTICAS DE SAÚDE NO BRASIL	
1.1 As políticas de saúde: do Brasil colônia ao período republicano.....	16
1.2 A previdência social brasileira no período Republicano.....	20
1.3 As questões de saúde no período do Regime Militar.....	21
1.4 A saúde pós-Regime Militar.....	23
1.5 A saúde no período dos governos Neoliberais.....	23
1.6 A saúde no governo Lula e no governo Dilma Roussef.....	25
1.7 O Sistema Único de Saúde (SUS).....	27
CAPÍTULO II	
A AD E O DISCURSO SOBRE O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS): A QUESTÃO DO SUJEITO NO FACEBOOK	
2.1 O <i>Facebook</i> como ferramenta de comunicação no início do século XXI.....	30
2.1.2 O <i>acontecimento histórico</i> da emergência do <i>Facebook</i>	31
2.2 <i>Sujeito, Discurso e Formações Discursivas</i> (FD) em recortes extraídos do <i>Facebook</i>	32
2.2.1 O conceito de <i>Sujeito</i> na AD.....	35
2.2.2 Conceito de <i>Discurso</i>	36
2.2.3 O conceito de <i>Formação Discursiva</i> (FD).....	36
2.3 <i>Posições-Sujeito</i> nas quais se inscrevem os sujeitos da FD1 e FD2.....	40
2.4 Os <i>efeitos de sentido</i> instaurados nas discursividades.....	46
2.5 O <i>Interdiscurso</i>	50
CONSIDERAÇÕES FINAIS	53
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	56
ANEXOS	59

LISTA DE QUADROS E TABELAS

Quadro 1: Individuação da PS1.....	41
Quadro 2: Individuação da PS2.....	43
Quadro 3: <i>Posições-sujeito</i> da FD1.....	44
Quadro 4: <i>Posição-sujeito</i> da FD2.....	44
Quadro 5: Sequências discursivas com <i>efeitos de sentido</i> semelhantes.....	49
Quadro 6: Sequências discursivas que evidenciam o <i>interdiscurso</i>	50

LISTA DE SIGLAS

AD – Análise do Discurso

AAD-69 – Análise Automática do Discurso

CAP – Caixa de Aposentadoria e Pensão

CPMF – Contribuição Provisória Sobre Movimentação Financeira

ESF – Estratégia Saúde da Família

FAZ – Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social

FD – Formação Discursiva

FI – Formação Ideológica

FIOCRUZ – Fundação Oswaldo Cruz

FUNRURAL – Fundo de Assistência ao Trabalhador Rural

IAP – Instituto de Aposentadoria e Pensão

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas

INPS – Instituto Nacional de Previdência Social

INAMPS – Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social

LOPS – Lei Orgânica de Previdência Social

NOB – Normas Operacionais Básicas

OPAS – Organização Pan-americana de Saúde

PAB – Piso Assistencial Básico

PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde

PS – Posição-Sujeito

PSF – Programa de Saúde da Família

RD – Recorte Discursivo

SAMDU – Serviço de Assistência Médica Domiciliar de Urgência

SAMU – Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

SUCAM – Superintendência de Campanha da Saúde Pública

SUS – Sistema Único de Saúde

SUSERPS – Superintendência dos Serviços de Reabilitação Profissional do Serviço Social

INTRODUÇÃO

O tema deste trabalho “O *sujeito* no discurso sobre o Sistema Único de Saúde (SUS): um recorte do *Facebook*” foi escolhido pelo fato de refletirmos sobre o grande espaço que o *Facebook* vem ocupando no dia-a-dia da sociedade, trazendo, além de entretenimento, informações, opiniões e questionamentos sobre os mais variados assuntos, dentre esses, as discussões a respeito da garantia dos direitos constitucionais dos cidadãos. Na perspectiva destes direitos, elegemos o discurso sobre a saúde pública, mais especificamente, o discurso sobre o Sistema Único de Saúde (SUS) como o nosso objeto de pesquisa.

O SUS foi instituído a partir da promulgação da Constituição Federal de 1988, mas só foi regulamentado no ano de 1990 pelas Leis Orgânicas de Saúde, desde então é o sistema que rege todos os serviços de saúde oferecidos pela rede pública no Brasil.

Diversos problemas assolam o Sistema Único de Saúde brasileiro, que na atualidade não comporta o elevado número de usuários que recorrem a ele, os resultados são: longas filas de espera, falta de materiais de trabalho, recursos insuficientes para gestão, entre outros.

Com a prática da expressão da opinião em redes sociais, como o *Facebook*, em evidência na atualidade, a população lança mão desse instrumento de comunicação para expor seu posicionamento diante de situações que vivenciaram ou presenciaram a respeito dos serviços de saúde prestados pelo SUS.

Nessa perspectiva, é inegável que o *Facebook* é um espaço privilegiado para o debate e a investigação científica, uma vez que revela, dentre outros parâmetros, os dramas cotidianos dos sujeitos por meio dos discursos que veiculam e que avaliam as deformidades e positivities do sistema de saúde público brasileiro.

Tomando por base as questões apontadas em torno do SUS e dos discursos enunciados por diferentes sujeitos na rede social *Facebook*, este trabalho analisa pelo viés dos estudos discursivos: *Quem é o sujeito enunciatador dos discursos recortados do Facebook? Quais os efeitos de sentido perpassam suas práticas discursivas? Os sujeitos discursivos se inscrevem em uma única formação discursiva, constituindo uma única posição-sujeito que se identifica à mesma FD? Há evidência de interdiscurso atravessando essas discursividades?*

Buscando responder a estas questões selecionamos como *corpus* deste estudo, oito recortes discursivos, extraídos da rede social *Facebook* e examinados com base na *Análise do Discurso* de linha francesa, a partir da voz teórica de Michel Pêcheux.

Com base na AD, privilegiamos o *discurso* como *objeto teórico*, compreendendo-o conforme teoriza Pêcheux (1997a, p. 82) como “um efeito de sentidos entre os pontos A e B”.

O objetivo geral deste trabalho é buscar, por meio de uma análise vertical do *corpus*, regularidades discursivas que ajudem a evidenciar quem é o sujeito que enuncia discursos sobre o SUS no *Facebook*, observados a partir dos recortes discursivos selecionados, das *formações discursivas* nas quais esses sujeitos se inscrevem e das *posições-sujeito* com as quais se identificam.

Quanto aos objetivos específicos, buscamos problematizar os *efeitos de sentidos* articulados nas discursividades recortadas e o *interdiscurso* que atravessa as enunciações.

A metodologia utilizada para a análise do *corpus discursivo* contempla:

1. O fechamento do espaço discursivo. Esta operação está ligada à constituição de um *corpus* discursivo, que supõe enunciados terminados, espaços discursivos limitados. Supõe, portanto, o *recorte* de situações discursivas fechadas (COURTINE, 2006).

2. A partir das *condições de produção* dos discursos *sobre* o SUS recortados foram individuadas as formações discursivas nas quais os sujeitos se inscrevem, assim como as posições-sujeito com as quais se identificam.

3. Observamos, ainda, os *efeitos de sentido* encontrados, por meio dos vestígios que deixam no fio discursivo, responsáveis pelo processo de significação.

O trabalho apresenta-se estruturado em dois capítulos:

O primeiro capítulo intitulado “Condições históricas e ideológicas da emergência das políticas de saúde no Brasil. A criação do SUS” traça o percurso histórico das políticas de saúde no Brasil, bem como da criação do SUS e a caracterização do Sistema.

No segundo capítulo: “A AD e o discurso sobre o Sistema Único de Saúde (SUS): a questão do sujeito no *Facebook*”, abordamos inicialmente a história da rede social *Facebook* e sua relevância para a comunicação na contemporaneidade. Prosseguimos analisando algumas questões pertinentes à AD, tais como *sujeito*, *discurso*, *formação discursiva*, *posição-sujeito*, *efeito de sentido* e *interdiscurso*. A teoria apresentada é entremeada pelas análises.

A partir das perguntas e dos objetivos traçados, esperamos que a presente pesquisa possa contribuir com os estudos do discurso em evidência na atualidade.

CAPÍTULO I

CONDIÇÕES HISTÓRICAS E IDEOLÓGICAS DA EMERGÊNCIA DAS POLÍTICAS DE SAÚDE NO BRASIL. A CRIAÇÃO DO SUS.

1.1 As políticas de saúde: do Brasil colônia ao período republicano

De acordo com Polignano (2001, p.3) mesmo antes da chegada dos colonizadores às terras brasileiras, os povos indígenas que aqui habitavam já possuíam alguns cuidados referentes às questões da saúde. As medidas, porém, eram simples, fundamentadas na crença em ervas medicinais e em rituais de curandeiros.

Os portugueses chegaram às terras tupiniquins e avistaram um povo forte e saudável, que parecia desconhecer as temidas doenças e epidemias que assolavam o continente europeu, pois estavam isolados, longe de tais perigos. Segundo Bertolli Filho (2008, p.5) as primeiras descrições dos portugueses quanto à nova terra retratava um verdadeiro paraíso, rico em belezas naturais e de clima agradável que parecia justificar a saúde e condições físicas dos habitantes locais.

A “Nova Terra” foi então ocupada pelos colonizadores que traziam consigo escravos africanos, cada vez em maiores quantidades, pois a terra era grande e de vasta riqueza, requerendo muita mão de obra.

Na proporção que os novos povos chegavam, traziam consigo doenças desconhecidas ao índio nativo e que logo se alastravam, pois não existia tratamento ou medidas sanitárias.

O antropólogo Claudio Bertolli Filho afirma que no século XVII: “Os conflitos com os indígenas, as dificuldades materiais da vida na região e, sobretudo as múltiplas e frequentes enfermidades eram os principais obstáculos para os estabelecimentos dos colonizadores.” (BERTOLLI FILHO, 2008, p.4).

Diante de tal dificuldade, Portugal segundo o autor, ficou receoso que seu projeto de colonização viesse a fracassar viu a necessidade de uma intervenção na saúde da colônia, criando os cargos de físico-mor e cirurgião-mor para atender aos colonos em suas enfermidades (*Idem*, p.4). Porém, tais cargos eram difíceis de serem ocupados. Pouquíssimos médicos aceitavam o desafio, pois enfrentar tamanha missão poderia lhes custar a própria vida, devido às pestes que assolavam todas as regiões, sem contar o salário, que era baixíssimo, desestimulando a maioria dos profissionais da medicina (*Idem*, p.5).

Bertolli Filho afirma que “em 1746, em todo território, dos atuais estados de São Paulo, Paraná, Mato Grosso, Mato Grosso do Sul e Goiás, havia apenas seis médicos graduados em universidades europeias”. (*Idem*, 2008, p.5)

A falta de médicos não era o único problema. A população geralmente se recusava a ser atendida por tais profissionais, que sem muitos recursos como instrumentos e medicação apropriada, faziam o uso de algumas técnicas medicinais como administração de purgantes e realização de sangrias. Muitas vezes o paciente já debilitado, não resistia. Diante de tais condições, a população optava por tratamentos naturais, indicados por boticários e curandeiros.

Com a chegada da família real ao Brasil, algumas medidas sanitárias mínimas foram tomadas, tais como controle de navios e saúde dos portos e a delegação das atribuições sanitárias às juntas municipais. Logo se viu a necessidade da criação de centros formadores de profissionais da medicina. Conforme Bertolli Filho (2008, p.8), fundou-se no ano de 1813 a academia médico-cirúrgica do Rio de Janeiro e no ano de 1815, a da Bahia, que em pouco tempo tornaram-se as duas primeiras escolas de medicina do país.

A demanda de médicos, porém, ainda era pouca e epidemias de varíola, febre-amarela e cólera tomavam conta do país. Os hospitais públicos e Santas Casas lotavam e não eram mais suficientes para tantos enfermos. Essas instituições, na ausência de medidas sanitárias adequadas tornavam-se um local não de socorro, mas sim de condenação, pois devido à superlotação, inclusive com pacientes dividindo leitos, acabavam impossibilitando o reestabelecimento da saúde do paciente, sendo mais provável a morte.

Consequentemente as famílias dos enfermos temiam em direcioná-los a esses locais, buscando um tratamento alternativo, recorrendo como sempre aos curandeiros e às ervas medicinais. Aqueles mais abastados buscavam tratamento na Europa, contudo os mais pobres, ou seja, a maioria da população via-se sem alternativa.

Mesmo com todo o investimento do Imperador Dom Pedro II em pesquisas científicas sobre as epidemias, o Império chegou ao fim sem conseguir solucionar a questão das doenças infectocontagiosas. Bertolli Filho afirma que “no final do segundo reinado o Brasil mantinha a fama de ser um dos países mais insalubres do planeta. Era comum aconselhar aos viajantes europeus que evitassem visitar os portos nacionais.” (*Idem*, 2008, p.10).

Com a proclamação da República, o poder centralizou-se nas mãos dos estados produtores de café, localizados na sua maioria na região centro-sul do país. O sistema de produção passou a ser capitalista fundamentado no interior de uma economia predominantemente agrária, baseada no plantio de café.

Este novo período exigiu certas mudanças no que diz respeito à mão de obra, antes totalmente escravista. Com a abolição da escravatura no ano de 1888, os grandes produtores

de café se viram obrigados a importar mão de obra, impulsionando os movimentos de imigração para o Brasil. Os imigrantes eram em sua maioria, italianos, espanhóis e portugueses.

Com a chegada dos imigrantes, vieram também várias doenças, e uma vez que o país não possuía um modelo sanitário, nem políticas sociais e de saúde que suprissem as necessidades desta nova e grande população, não demorou muito para que as epidemias se propagassem. A cidade do Rio de Janeiro, como era o porto de chegada dos imigrantes, foi a primeira a ser afetada pelas epidemias que logo se dissipando para as outras regiões do país. De acordo com Polignano:

No início desse século, a cidade do Rio de Janeiro apresentava um quadro sanitário caótico caracterizado pela presença de diversas doenças graves que acometiam a população, como a varíola, a malária, a febre amarela, e posteriormente a peste, o que acabou gerando sérias consequências tanto para saúde coletiva quanto para outros setores como o do comércio exterior, visto que os navios estrangeiros não mais queriam atracar no porto do Rio de Janeiro em função da situação sanitária existente na cidade. (POLIGNANO, 2001, p.4)

Conforme se pode inferir a partir da citação anterior, as condições sanitárias do país já não atraíam os imigrantes. Em contrapartida, os grandes proprietários de terra eram conscientes que dependiam de trabalhadores qualificados para a produção de café. Desse modo, era preciso dar condições mínimas de saúde aos empregados, para que a produção não fosse afetada pela falta de mão de obra.

Assim, segundo Bertolli Filho, a medicina passou a assumir um papel importante de guia do Estado para assuntos sanitários, “comprometendo-se a garantir a melhoria da saúde coletiva e individual, por extensão da defesa do projeto de modernização do país” (BERTOLLI FILHO, 2008, p.12).

Como primeira medida, “Rodrigues Alves, então presidente do Brasil, nomeou Oswaldo Cruz, como Diretor do Departamento Federal de Saúde Pública, que se propôs a erradicar a epidemia de febre amarela na cidade do Rio de Janeiro” (POLIGNANO, 2001, p.4).

Para esta árdua missão foram colocadas à disposição do médico 1.500 pessoas (*Idem*, p.4), as quais desempenhariam um papel de “agentes sanitários” ou “guardas-sanitários” com o objetivo de combater o vetor, o mosquito transmissor da febre amarela. Porém outras medidas acabaram por ser adotadas, como a desinfecção das casas, mesmo que por intermédio de força e violência, queimando-se colchões e roupas de pessoas infectadas para que a doença não mais se alastrasse.

Tal método de intervenção ficou conhecido como *campanhista* e, para o Estado, os fins justificavam os meios. A população, entretanto, não apoiava tais medidas, que acabaram instaurando um clima de descontentamento e medo no país, resultando em protestos à campanha e ao presidente Rodrigo Alves.

Em 31 de outubro de 1904 entrou em vigor a Lei Federal nº1261 que instituiu a vacinação anti-varíola obrigatória para todo território nacional. A falta de informação e os boatos que rondavam a campanha fizeram com que houvesse grande resistência por parte da população. As pessoas eram vacinadas mesmo contra a vontade, as casas eram invadidas, seus moradores segurados à força e imunizados. Este fato acabou por agravar o sentimento de revolta da população, culminando com um grande movimento popular conhecido como *Revolta da Vacina*.

A *Revolta da Vacina* aconteceu entre os dias 10 e 16 de novembro de 1904 na cidade do Rio de Janeiro, tornando-se:

[...] uma das principais mobilizações urbanas do Brasil. Motivada pela lei da “vacina obrigatória”, criada por Oswaldo Cruz, então chefe da Diretoria de Saúde Pública, e aprovada em 31 de outubro pelo presidente da república Rodrigues Alves, a nova medida obrigava a população carioca a se vacinar contra a varíola, doença que, só em 1904, matou 3,5 mil pessoas. Embora fosse uma importante política pública para a saúde, o desconhecimento da população sobre o que era a vacina e seus efeitos, aliado à insatisfação geral da população contra o governo, fez com a obrigatoriedade da vacina se convertesse no estopim para uma série de manifestações no Rio de Janeiro (CLEARY, 2016, p.1).

Como explicado na citação acima, a *Revolta da Vacina* compreendeu um movimento contrário à vacinação obrigatória, devido a pouca informação sobre a mesma, aliada a uma insatisfação e desconfiança sobre o governo, o povo foi às ruas manifestar sua oposição às medidas impostas pelo Estado. O Rio de Janeiro tornou-se um verdadeiro campo de batalha, manifestantes protestaram, tombaram bondes, arrancaram trilhos de trens, destruíram calçamentos, houve confronto com a polícia, troca de tiros, enfim, um verdadeiro caos se instaurou na então capital do país (BERTOLLI FILHO, 2008, p.28).

A *Revolta* foi sufocada pela polícia em 16 de novembro de 1904 e o presidente da República, Rodrigo Alves se viu obrigado a desistir da vacinação obrigatória. A *Revolta* exigiu do Estado um novo tipo de abordagem e relacionamento com o povo, pois ficou claro que estava faltando diálogo e bom senso por parte dos governantes. A partir daí, foi criada uma nova estratégia, compreendendo campanhas informativas e de conscientização (*Idem*, p.29).

Com a população mais conscientizada da importância das vacinas e das medidas sanitárias, as epidemias começaram a ser erradicadas uma a uma, inclusive a febre amarela, a mais preocupante.

Neste período Oswaldo Cruz reformou o *Código Sanitário* e reestruturou todos os órgãos de saúde e higiene do país, criou um laboratório bacteriológico e o *Instituto Soroterápico Federal*, posteriormente transformado no *Instituto Oswaldo Cruz* (POLIGNANO, 2001, p.5).

Em 1920, Carlos Chagas, sucessor de Oswaldo Cruz, reestruturou o *Departamento Nacional de Saúde* e estabeleceu uma campanha rotineira de ação e educação sanitária e expandindo as atividades sanitárias para outros estados, além do Rio de Janeiro (*Idem*, p.5).

1.2 A previdência social brasileira no período republicano

Conforme Polignano (2001, p.6), o crescimento do processo de industrialização, no Brasil, desencadeou a expansão da classe operária composta, em sua maioria, por imigrantes europeus. A preferência por trabalhadores europeus era justificada pelo fato que, na Europa, a *Revolução Industrial* havia ocorrido em época anterior. Desse modo, os operários europeus que aqui chegavam traziam, de seus países de origem, a experiência do trabalho nas fábricas, condição necessária ao desenvolvimento da indústria nacional.

O início desse processo se deu em condições precárias do ponto de vista dos direitos trabalhista. Polignano observa que “os operários na época não tinham quaisquer garantias trabalhistas, tais como: férias, jornada de trabalho definida, pensão ou aposentadoria” (POLIGNANO, 2001, p.6).

Ainda, segundo o antropólogo, os trabalhadores que chegavam ao Brasil, traziam consigo além da história do movimento operário na Europa a dos direitos trabalhistas que já haviam sido conquistados pelos trabalhadores europeus. Desta forma procuraram mobilizar e organizar a classe operária, no Brasil, na luta pela conquista dos seus direitos, como ressalta o autor:

Em função das péssimas condições de trabalho existentes e da falta de garantias de direitos trabalhistas, o movimento operário organizou e realizou duas greves gerais no país, uma em 1917 e outra em 1919. Através destes movimentos os operários começaram a conquistar alguns direitos sociais (*Idem*, 2001, p.6).

No ano de 1923, o Congresso Nacional aprovou a *Lei Eloi Chaves* que representou o marco inicial da previdência social no Brasil. Por intermédio desta lei foram instituídas as Caixas de Aposentadoria e Pensão (CAP's).

As *Caixas* mantidas pelas empresas, não eram órgãos públicos, eram serviços oferecidos aos funcionários. A primeira CAPs criada foi a dos ferroviários, setor trabalhista

que compreendia um grande número de operários, alcançando expressiva capacidade de representação (POLIGNANO, 2001, p.7). Os trabalhadores deste setor ganharam forças em suas reivindicações, conquistando muitos benefícios inéditos, até então.

As atribuições das CAPs eram: assistência médica ao funcionário e à família, concessões de preços especiais para medicamentos, aposentadorias e pensões para os herdeiros e também serviços funerais. Um detalhe importante da CAPs era que esta atendia somente aos operários urbanos, não abrangendo os operários rurais.

Após a criação da CAPs dos ferroviários, outros setores e segmentos passaram a exigir seus direitos, reivindicando uma *Caixa* própria. Assim, em 1930, o sistema já abrangia 47 caixas, 142.464 segurados ativos, 8.006 aposentados e 7.013 pensionistas. (*Idem*, p.8).

Com a Revolução de 1930, tais instituições sofreram algumas mudanças. Getúlio Vargas, presidente do Brasil nessa época, criou o *Ministério da Educação e Saúde* e as CAPs foram substituídas pelos *Institutos de Aposentadorias e Pensões* (IAPs) passando a ser dirigidas por entidades sindicais. Os trabalhadores começaram a ser organizados por categorias profissionais (marítimos, comerciários, bancários) e não mais por empresa, como acontecia nas CAPs (*Idem*, p.9).

Em 1953, através da Lei nº 1920, foi instituído o *Ministério da Saúde*, na verdade, os *Ministérios da Saúde e Educação* foram desvinculados, passando a funcionar de forma independente.

Foi somente no ano de 1960 que uma medida realmente significativa foi tomada, quando foi sancionada a *Lei Orgânica de Previdência Social* (LOPS) que previa a unificação do regime geral da previdência social (*Idem*, p.12).

1.3 As questões de saúde no período do Regime Militar

O golpe militar de 1964 trouxe como consequência a redução de verbas destinadas à saúde pública. Segundo Bertolli Filho o primeiro efeito do golpe militar de 1964 sobre o Ministério da Saúde, foi a redução das verbas destinadas à saúde pública.

Em nome da política de “segurança e desenvolvimento”, cresceu o orçamento dos Ministérios Militares, dos Transportes e da Indústria e Comércio. O Ministério da Saúde, enquanto isso, teve de se restringir quase somente à elaboração de projetos e programas, delegando a outras pastas, como as da Agricultura e da Educação, uma parte da execução das tarefas sanitárias. Tal decisão não trouxe melhorias aos serviços de saúde (BERTOLLI FILHO, 2008, p.51).

Como se pode observar a partir desta citação, a saúde não era prioridade no Regime Militar, pois a atenção deste governo estava voltada à segurança, indústria e comércio. O objetivo do governo militar era tornar o Brasil um país desenvolvido economicamente a

qualquer preço, por esta razão os investimentos eram destinados na sua maioria para os Ministérios Militares, dos Transportes, Indústria e Comércio, que estavam ligados diretamente a esse objetivo, enquanto os outros gabinetes sofreram cortes drásticos resultando na limitação de suas atuações.

Ainda conforme Bertolli Filho (2008, p.52) pouco se investiu também em distribuição de água tratada e coleta de esgoto, o que contribuiu para o aumento de doenças como a dengue, a meningite e a malária. As epidemias começaram a tomar conta das grandes cidades do país, porém o governo não permitia que tais informações se espalhassem por meio da prática da censura à imprensa.

Porém, com a disseminação das epidemias e o crescente número de mortes, o governo teve que admitir o caos e implantou uma grande campanha de vacinação, definida como “uma verdadeira operação militar” (*Idem*, 2008, p.53).

O Estado assumiu o poder em todos os campos políticos e sociais, tirando a autonomia das instituições e passando a regular todo o sistema organizacional do país. Conseqüentemente, questões sobre previdência social também deixaram de ser administradas por instituições e passaram ao gerenciamento do Governo Militar.

A *Lei Orgânica de Previdência Social*, sancionada em 1960, previa a unificação geral da previdência social, porém tal fato só ocorreu efetivamente em 2 de janeiro de 1967 quando foi implantado o *Instituto Nacional de Previdência Social* (INPS) que fundiu as IAPs, o *Serviço de Assistência Médica Domiciliar de Urgência* (SAMDU) e a *Superintendência dos Serviços de Reabilitação Profissional da Previdência Social* (SUSERPS). Essa unificação ocorreu em plena Ditadura Militar.

O INPS centralizou os diferentes benefícios destinados aos trabalhadores, oferecendo assistência médica àqueles que trabalhavam mediante carteira assinada. Assim, conforme afirma Polignano (2001, p.15), em pouco tempo a demanda se tornou muito maior do que o sistema público comportava, obrigando o governo militar a firmar convênios com a rede privada de saúde para atender a população. O sistema foi se tornando cada vez maior e mais complexo, tornando necessária a criação de uma estrutura administrativa própria. Então, em 1978 foi criado o *Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social* (INAMPS).

Polignano (2001, p.16) observa que todos esses avanços relativos à saúde e à previdência não eram estendidos à população rural. Somente em 1971 é que os trabalhadores rurais tornaram-se beneficiários do sistema previdenciário, com a criação do PRORURAL financiado pelo *Fundo de Assistência ao Trabalhador Rural* (FUNRURAL).

Em 1974, a previdência social no país ganhou um ministério próprio, o *Ministério da Previdência e Assistência Social*. No mesmo ano foi criado o *Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social* (FAS). Para Polignano (2001, p.15) “A criação deste fundo proporcionou a remodelação e ampliação dos hospitais da rede privada, através de empréstimos com juros subsidiados”. O FAS, portanto, auxiliou o crescimento da rede privada de assistência à saúde, que necessitava aumentar sua capacidade para atender à grande demanda a ela deferida.

Ainda no Regime Militar foi criada a *Superintendência de Campanha da Saúde Pública* (SUCAM), no ano de 1970. A missão da SUCAM era o controle e erradicação de endemias.

1.4 A saúde pós-Regime Militar

A partir do movimento *DIRETAS JÁ*¹, no ano de 1985, inicia-se a um novo período da História do Brasil. Este novo período, porém, como afirma Bertolli Filho (2008, p.60-1), tem como herança uma grave crise econômica que repercutiu em todos os setores, inclusive no da saúde, resultando em cortes de verbas e limitação de investimentos.

A parcela da população que ainda detinha recursos financeiros buscou como alternativa, o acesso aos serviços de saúde no setor privado. Quanto à maior parte da população, viu-se obrigada a submeter-se às condições precárias dos hospitais públicos geridos com os pouquíssimos recursos que lhes eram repassados.

Em 1988 é promulgada a nova *Constituição* e nela é definida a criação De um sistema público de saúde. O SUS, porém, só foi realmente regulamentado em 1990 com as Leis 8.080 e 8.142, as chamadas *Leis Orgânicas da Saúde* (Polignano 2001, p.22).

1.5 A saúde no período dos governos neoliberais

O período dos governos neoliberais no Brasil teve início em 1991, com a eleição para presidente de Fernando Collor de Mello. De acordo com Polignano (2001, p, 26), são características de governos neoliberais a limitação da interferência do Estado na economia e a prática de privatização de empresas estatais. O autor destaca que:

Neste período o governo começa a editar as chamadas Normas Operacionais Básicas (NOB), que são instrumentos normativos com o objetivo de regular a transferência de recursos financeiros da união para estados e municípios, o planejamento das ações de saúde, os mecanismos de controle social, dentre outros. A primeira NOB foi editada em 1991 (POLIGNANO, 2001, p.26).

¹ Movimento político que ocorreu no Brasil nos anos de 1983-1984 com grande participação popular marcado pela luta contra a ditadura e reivindicação de eleições diretas para presidente, as manifestações tomaram proporções gigantescas, assim como sua repercussão, embora não tenha resultado em eleições diretas em 1985 como era objetivado, tornou-se um símbolo de mobilização social culminando no fim do Regime Militar e eleição indireta de um civil para presidência, Tancredo Neves.

A primeira NOB afeta de imediato o setor da saúde:

A NOB 01/91 sob o argumento da inviabilidade conjuntural de regulamentar o artigo 35 da Lei 8.080 - que definia o repasse direto e automático de recursos do fundo nacional aos fundos estaduais e municipais de saúde, sendo 50% por critérios populacionais e os outros 50% segundo o perfil epidemiológico e demográfico, a capacidade instalada e a complexidade da rede de serviços de saúde, a contrapartida financeira, etc. - redefiniu toda a lógica de financiamento e, conseqüentemente, de organização do SUS, instituindo um sistema de pagamento por produção de serviços que permanece, em grande parte, vigorando até hoje (*Idem*, 2001, p.26).

A NOB 01/91 foi editada para alterar a forma de repasse de recursos ao SUS. Os hospitais e estabelecimentos de saúde passaram a receber proporcionalmente à quantidade de serviços prestados, ou seja, os valores eram vinculados à capacidade de “produção”. Essa prática de vincular os repasses à produção perdura até a atualidade, pois ainda hoje, no ano de 2016, as maiorias dos subsídios financeiros ao SUS dependem da quantidade de atendimentos prestados à população e procedimentos realizados.

De acordo com Polignano (*Idem*, p.26), em 1993 foi criada outra NOB que formulava critérios diferenciados de repasses de recursos, gerando transferências regulares e automáticas para os municípios.

Em 1996, já sob o governo de Fernando Henrique Cardoso, também neoliberal, o país se vê em meio a uma grave crise envolvendo financiamento e manutenção no setor da saúde. Para Polignano (*Idem*, p.27), na busca de uma alternativa econômica como fonte de recurso exclusiva para financiar a saúde, o Ministro da Saúde - Adib Jatene - propõe a criação da *Contribuição Provisória Sobre Movimentação Financeira* (CPMF).

O imposto foi aprovado e passou a vigorar em 1997. A princípio seria provisório com duração de um ano e integralmente destinado à saúde, porém as expectativas do ministro Adib Jatene não foram correspondidas, pois o valor arrecadado pelo imposto era abatido pelo governo nos repasses efetuados pela União ao setor. Este fato desgostou Jatene que pediu demissão do cargo de Ministro naquele mesmo ano, como afirma Polignano (*Idem*, p.27).

Os repasses insuficientes acabaram por resultar em dívidas exorbitantes contraídas pelos hospitais e clínicas de saúde que passaram a ver nos planos de saúde privados uma alternativa para amenizar a situação econômica precária.

No ano de 1996 foi editada a NOB-SUS 01/96 que fazia dos municípios os gestores da saúde pública dos cidadãos que neles habitavam, redefinindo os papéis de cada esfera do governo para que a unidade proposta pelo SUS fosse de fato alcançada. Criou-se o *Piso Assistencial Básico* (PAB) cuja característica era levar em consideração o valor *per capita*

nacional de cada município visando repasses regulares e automáticos, para gastos com assistência básica de saúde de responsabilidade dos municípios (*Idem*, p. 28-9).

A NOB-SUS 01/96 ainda reorganizou a gestão de procedimentos de média e alta complexidade ambulatorial e fortaleceu a implantação de *Programas de Saúde das Famílias* (PSFs) e *Programa de Agentes Comunitários de Saúde* (PACS).

1.6 A saúde no governo Lula e no governo Dilma Rousseff

De acordo com Machado, Baptista e Nogueira (2011, p.1), pode-se identificar nos governos de Luís Inácio “Lula” da Silva (2003-2010) quatro políticas prioritárias no que diz respeito à saúde pública. A primeira política, como forma de continuidade às medidas do governo anterior, contempla o fortalecimento e ampliação da *Estratégia Saúde da Família* (ESF).

A segunda prioridade consistiu no *Programa Brasil Sorridente*, que segundo as *Diretrizes Nacionais de Saúde Bucal* (2004 apud MACHADO, BAPTISTA e NOGUEIRA, 2011, p.1), compreende:

[...] uma política de ampliação e qualificação da atenção em saúde bucal em todos os níveis, buscando assegurar inclusive atendimento de maior complexidade. A política preconiza a expansão de equipes de saúde bucal junto às equipes de saúde da família, define como estratégia-chave a implantação de centros de especialidades odontológicas de referência para as equipes de saúde bucal e propõe a implantação de laboratórios de próteses dentárias.

Entre os anos de 2002 e 2008, houve um aumento de 407% no número de equipes de saúde bucal vinculadas à ESF e um aumento de 45% na abrangência à população, foram implantados mais de 600 centros de especialidades odontológicas e mais de 300 laboratórios de próteses dentárias (*Idem*, p.1).

Outra medida do governo Lula foi a criação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU). Sobre o SAMU, (MACHADO, BAPTISTA e NOGUEIRA, 2011, p.1) afirmam:

O propósito geral da estratégia é melhorar o acesso e a qualidade do atendimento às urgências e emergências médicas no país, compreendendo atendimentos nas áreas clínica, pediátrica, cirúrgica, traumática, gineco-obstétrica e de saúde mental. Cada SAMU é constituído por uma central de regulação médica, uma equipe de profissionais e um conjunto de ambulâncias, de suporte básico ou intensivo, que podem ter abrangência municipal ou regional. O governo federal, além do papel de regulamentação, financia a implantação das centrais, a aquisição das ambulâncias e parte da manutenção dos serviços em todo o território nacional.

Como se pode observar na citação acima, a criação do SAMU promoveu em um grande avanço nos atendimentos de emergência e de forma especializada, cabendo ao governo federal a regulamentação das formas de atuação e financiamento de todo o aparato para a implantação do Serviço.

A partir de sua criação o SAMU foi se expandindo ano após ano, chegando a todos os estados e diversos municípios do país. Hoje mais da metade da população brasileira tem acesso aos serviços do SAMU (*Idem*, p.1).

Por fim, a quarta prioridade de políticas de saúde do governo Lula foi o *Programa Farmácia Popular*. Foi implantado por meio da Lei nº 10.858, de 13 de abril de 2004, que autorizou a *Fundação Oswaldo Cruz* (FIOCRUZ) a disponibilizar medicamentos mediante ressarcimento, e pelo Decreto nº 5.090, de 20 de maio de 2004, que regulamentou a Lei 10.858 e instituiu o *Programa Farmácia Popular do Brasil*.

Tais farmácias disponibilizam para venda subsidiada pelo Ministério da Saúde mais de setenta medicamentos, incluindo aqueles voltados às doenças cardiovasculares, infecciosas, do sistema endócrino e anticoncepcionais orais. A venda é feita diretamente às pessoas com receita médica (de serviços públicos ou privados), e o usuário paga 10% do valor de referência e o Governo Federal arca com 90% (MACHADO, BAPTISTA e NOGUEIRA, 2011, p.1).

Em 2006 o *Programa* foi expandido ao comércio varejista. As farmácias privadas passaram a se conveniar ao *Programa* do governo, fornecendo tais medicamentos. A forma de repasse era o mesmo: 10% do valor era pago pelo usuário e 90% pelo governo. As farmácias conveniadas passam a fazer uso do *slogan: Aqui Tem Farmácia Popular*.

O governo Dilma Rousseff (2011-2016) deu continuidade e estendeu os programas do governo anterior. A medida mais significativa e original do governo Dilma foi a criação do *Programa Mais Médicos*, lançado em 8 de julho de 2013, através da Medida Provisória nº621. O *Programa* tem por objetivo levar através do SUS, mais médicos às regiões do país onde há maior carência desses profissionais. Esses atendimentos devem ser realizados nas *Unidades Básicas de Saúde*.

Outra finalidade do *Programa* é proporcionar novas vagas nas faculdades de medicina aos estudantes brasileiros. Tais vagas devem ser proporcionais à necessidade e demanda de cada região do país e torna obrigatória a atuação do profissional de medicina por pelo menos dois anos na rede pública de saúde para que sua formação seja de fato concluída.

A *Medida Provisória* ainda estabelece duas classes de médicos: os médicos participantes e os médicos intercambistas. De acordo com Silva (2013, p. 1) “Em razão dessa distinção, não se faz mais obrigatória a revalidação do diploma expedido no exterior, sendo necessária apenas a habilitação para exercício da profissão.”

Através da modalidade de médico de intercâmbio veio para o país uma grande quantidade de médicos cubanos, porém o acordo entre Brasil – Cuba, não prevê o pagamento direto aos médicos. Os valores referentes aos seus vencimentos são repassados para a

Organização Pan-americana de Saúde (OPAS) que transfere os recursos para o governo cubano e este decide quanto deste valor retornará aos médicos (*Idem*, p.1).

Segundo o *site* oficial do Programa, mais de 18.000 médicos integram o *Mais Médicos* hoje, atuando em 4.058 municípios e nos 34 distritos de saúde indígenas.

1.7 O Sistema Único de Saúde (SUS)

O *Congresso Nacional* promulgou em 1988 a chamada *Constituição Cidadã*, a qual estabelecia no artigo 196, na seção II, cláusula referente à saúde:

A saúde é direito de todos e dever do estado, garantindo mediante políticas sociais e econômicas que visem a 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. (BRASIL, 2012, p.116-7)

A Constituição garantia constitucionalmente ao cidadão brasileiro acesso aos serviços de saúde gratuitamente. Porém como afirma Polignano (2011, p.22) o SUS só foi regulamentado em 19 de setembro de 1990 pela Lei nº 8080/90, a chamada *Lei Orgânica da Saúde*, que dispunha sobre condições para promoção, proteção e recuperação da saúde.

O Sistema Único de Saúde hoje compreende:

[...] uma rede que reúne postos de saúde, ambulatórios, hospitais, laboratórios, enfim, todos os estabelecimentos públicos de saúde responsáveis em garantir os direitos dos cidadãos a consultas, exames, internações e tratamentos. Os serviços prestados pelo SUS são destinados a todos os cidadãos brasileiros e são financiados por recursos arrecadados por meio de impostos e contribuições pagas pela população. O atendimento oferecido deve ser igual para todos, sem discriminação, independentemente de contribuição ou trabalho com carteira assinada (GUIA DE DIREITOS, [201?], p.1).

De acordo com a Constituição Federal de 1988 e a Lei 8080/90, o sistema deverá ser regido pelos seguintes princípios (GUIA DE DIREITOS, [201?], p. 1):

Da **Universalidade**. É universal porque deve atender a todos, sem distinções, de acordo com as necessidades e gratuitamente, sem levar em conta o poder aquisitivo ou se a pessoa contribui ou não com a *Previdência Social*.

Da **Integralidade**, pois a saúde da pessoa não pode ser dividida, devendo ser tratada como um todo. Isso quer dizer que as ações de saúde devem estar voltadas, ao mesmo tempo, para a pessoa e para a comunidade, para a prevenção e para o tratamento, sempre respeitando a dignidade humana.

Da **Equidade**, pois deve oferecer os recursos de saúde de acordo com as necessidades de cada um; oferecendo mais a quem mais precisa.

Da **Descentralização**, pois quem está próximo dos cidadãos tem mais chances de acertar na solução dos problemas de saúde. Assim, todas as ações e serviços que atendem à população de um município devem ser municipais; as que servem e alcançam vários municípios são de responsabilidade dos estados e aquelas que são dirigidas a todo o território

nacional, ficam a cargo do governo federal. O SUS tem um gestor único em cada esfera de governo. A *Secretaria Municipal de Saúde*, por exemplo, tem que ser responsável por todos os serviços localizados na cidade.

Da **Regionalização e hierarquização**: as questões menos complexas devem ser atendidas nas unidades básicas de saúde, pelo hospital geral até chegar ao hospital especializado.

De acordo com artigo 200 da Constituição Federal (2012, p.118), além de outras atribuições, compete ao SUS:

- I – controlar e fiscalizar procedimentos, produtos e substâncias de interesse para a saúde e participar da produção de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos, hemoderivados e outros insumos;
- II – executar as ações de vigilância sanitária e epidemiológica, bem como as de saúde do trabalhador;
- III – ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde;
- IV – participar da formulação da política e da execução das ações de saneamento básico;
- V – incrementar em sua área de atuação o desenvolvimento científico e tecnológico;
- VI – fiscalizar e inspecionar alimentos, compreendido o controle de seu teor nutricional, bem como bebidas e águas para consumo humano;
- VII – participar do controle e fiscalização da produção, transporte, guarda e utilização de substâncias e produtos psicoativos, tóxicos e radioativos;
- VIII – colaborar na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho.

Segundo a cartilha *Mostra Virtual – SUS 20 anos: a saúde do Brasil*, do *Portal da Saúde*, O SUS é atualmente o principal acesso aos serviços de saúde de cerca de 80% da população brasileira, pois apenas 20% da população tem acesso aos serviços privados de saúde.

De acordo com a *Mostra Virtual – SUS 20 anos* (2009, p.4), os serviços de atendimento hospitalar público contam com 5.900 hospitais credenciados (públicos, privados e filantrópicos) e 64 mil unidades de atenção primária. Realiza 75% dos procedimentos de alta complexidade do país e cerca de 2 milhões de partos por ano.

O Sistema conta com mais de 24 mil equipes de atenção básica à saúde bucal, 504 farmácias populares distribuídas em 391 municípios e 6460 farmácias conveniadas em 1229 municípios (*Idem*, p.7).

Faz-se necessário observar que a saúde é determinada pelas condições econômicas, sociais, culturais e ambientais em que vivem as comunidades e populações. Segundo o *Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística* (IBGE), no Brasil, cerca de 30 milhões de pessoas residem em localidades rurais. As condições de saúde dessa população, segundo os resultados de diversos estudos, evidenciam uma situação mais precária dos habitantes rurais se comparada com os moradores urbanos. O sujeito do campo ainda encontra limitações de acesso e qualidade nos serviços de saúde.

De acordo com o Plano Nacional de Saúde:

[...] no campo brasileiro são encontrados os maiores índices de mortalidade infantil, de incidência de endemias, de insalubridade e de analfabetismo, caracterizando uma situação de enorme pobreza decorrente das restrições ao acesso aos bens e serviços indispensáveis à vida. (BRASIL, 2005. p.72).

A criação do SUS representou um avanço da democracia em relação ao acesso aos serviços de saúde, porém isso não significa que tenha atingido um nível ideal de qualidade nos serviços comparados com os países mais desenvolvidos.

CAPÍTULO II

A AD E O DISCURSO SOBRE O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS): A QUESTÃO DO SUJEITO NO *FACEBOOK*

Neste capítulo analisaremos algumas regularidades discursivas, presentes em enunciações capturadas da rede social *Facebook*, cuja temática trata do Sistema Único de Saúde (SUS). Procuraremos evidenciar nos discursos recortados, questões como *efeitos de sentido e interdiscurso* a partir das *formações discursivas* nas quais os *sujeitos* enunciadore se inscrevem. As análises recairão, simultaneamente, sobre as características linguísticas dos enunciados, suas *condições de produção*, explicitadas pela teoria da Análise do Discurso (AD) que subsidia este estudo.

Iniciaremos este capítulo refletindo sobre a rede social *Facebook*, tendo em vista que o nosso *corpus discursivo* foi extraído dessa ferramenta de comunicação. Por *corpus discursivo* compreendemos a partir do que define Courtine, (2006, p.66) “[...] um conjunto de sequências discursivas estruturadas, de acordo com um plano definido em referência a um certo estado de condições de produção de discurso”.

2.1 O *Facebook* como ferramenta de comunicação no início do século XXI

Na sociedade contemporânea, a *Internet* tornou-se uma ferramenta de comunicação bastante eficaz, por meio dela os indivíduos relacionam-se, interagem, trocam informações e opiniões de forma simultânea em uma velocidade impressionante.

Segundo Castels:

[...] a internet não é simplesmente uma tecnologia; é um meio de comunicação que constitui a forma organizativa de nossas sociedades; é o equivalente ao que foi a fábrica ou a grande corporação na era industrial. A internet é o coração de um novo paradigma sociotécnico, que constitui na realidade a base material de nossas vidas e de nossas formas de relação, de trabalho e de comunicação. O que a internet faz é processar a virtualidade e transformá-la em nossa realidade, constituindo a sociedade em rede, que é a sociedade em que vivemos (CASTELS, 2003, p. 287).

Nessa perspectiva, a *Internet* representa a peça central da comunicação nos dias atuais, tornando-se quase que indispensável no âmbito do trabalho e das relações interpessoais. Como exposto na citação acima, ela processa a virtualidade e a transforma em nossa realidade, trazendo o que está longe para próximo, tornando possível o que era antes inalcançável.

A comunicação entre pessoas via *Internet* se dá, na maioria das vezes, através de redes de comunicação que são chamadas redes sociais. Hoje as redes sociais ultrapassaram o objetivo inicial que era somente a interação entre pessoas, sendo usadas para os mais variados

fins, como negócios, propagandas, debates, desabafos, notícias, entre outros. Dessa forma, as redes transformaram-se em uma alternativa barata que está ao alcance de todos e, ao mesmo tempo, que funcionam de maneira eficiente, pois atingem um elevado número de pessoas.

A rede social em maior evidência, atualmente, é o *Facebook* que hoje é utilizado por mais de 1,5 bilhões de pessoas, diariamente, em todo o mundo, segundo dados da própria companhia, desse total, 90 milhões são de brasileiros (Facebook, 2015, p.1).

O fenômeno *Facebook* é, na verdade, uma rede social bastante nova, com pouco mais de uma década de existência, mas que teve um crescimento muito expressivo e em uma velocidade admirável. Para entender como ocorreu tal evolução, faremos um breve percurso pela sua história.

2.1.2 O acontecimento histórico da emergência do *Facebook*

Segundo Correia e Moreira (2014, p. 69) tudo teve início no ano de 2003, quando um jovem norte-americano estudante de psicologia na universidade de *Harvard*, chamado Mark Zuckerberg, juntamente com seus colegas, Andrew McCollum, Chris Hughes e Dusti Moskovitz, criaram uma pequena rede social chamada *Facemash*. O *Facemash* era restrito aos estudantes de *Harvard* e a primeira movimentação criada por Zuckerberg na *rede* foi colocar duas fotografias de estudantes daquela universidade para que os demais votassem na que julgassem mais atraente. Nas primeiras 4 horas *online*, 450 pessoas registraram-se na *rede*, tendo as tais fotografias recebido mais de 20.000 visualizações.

O *Facemash* teve uma curta duração, pois enfrentou a reprovação da universidade de *Harvard*, que através do seu Conselho de Administração, desativou a rede. A universidade, por sua vez, acusou Zuckerberg de violação das regras de segurança informática, fato este que quase resultou na expulsão do jovem gênio (*Idem*, p. 169).

No ano de 2004, Zuckerberg retomou seu antigo projeto e começou a arquitetar uma nova rede, denominada *Thefacebook*, que tinha a preocupação em atender a todas as regras de segurança e privacidade de *Harvard*. O *Thefacebook* tornou-se sucesso de público em poucas horas e, mais tarde, ultrapassou as fronteiras de *Harvard* alcançando outras universidades (*Idem*, p. 170).

Em 2005, com a compra de seu domínio, o *Thefacebook* passou a chamar-se simplesmente *Facebook*. Entrou então, num crescente processo de desenvolvimento, expandindo seu acesso para além do meio universitário, permitindo que todo internauta acima de 13 anos fizesse uso da *rede*, tendo como único requisito possuir um endereço de *email* válido e um número de telefone pessoal (*Idem*, p. 171).

O *Facebook*, hoje alcançou um patamar que lhe confere uma visibilidade mundial respeitável, está disponível em mais de 70 línguas e encontra-se avaliado em mais de 100 bilhões de dólares (*Idem*, p. 172).

No *Facebook* são tratados os mais variados assuntos. Os participantes/membros sentem-se à vontade para expor suas opiniões em sua *timeline* (linha do tempo), falando, dentre outras coisas, do seu cotidiano, tecendo críticas ou elogios às diversas pessoas, acontecimentos, empresas, eventos, enfim, expressando sua realidade de uma forma natural, talvez pelo fato de sentirem-se “protegidos” atrás de uma tela de computador, celular ou outro aparelho eletrônico, na certeza que aquele *post* irá ser visualizado por um grande número de pessoas, o que os fará alcançar a visibilidade desejada.

A rede social *Facebook* foi o arquivo por nós escolhido para extrairmos os depoimentos necessários à nossa pesquisa, pois se trata de um lugar privilegiado onde se encontram discursos enunciados por *sujeitos* que falam a partir dos mais diferentes lugares sociais, inscritos em distintas *formações discursivas* (FD).

O *Facebook* é uma rede social bastante democrática, pois engloba uma grande porcentagem da população mundial. Esta grande quantidade de participantes está a todo o momento enunciando discursos sobre assuntos do seu cotidiano ou de seu interesse, relatando suas experiências, fazendo denúncias, alertas ou simplesmente socializando algo que lhe chamou a atenção. É neste cenário, de pessoas comuns, falando de sua realidade que iremos colher os depoimentos norteadores desta pesquisa.

Na seção que se segue passaremos a empreender a análise discursiva do nosso objeto.

2.2 Sujeitos, discursos e formações discursivas em recortes extraídos do Facebook

Nas sequências a seguir, podemos observar o discurso de oito sujeitos cujas enunciações tratam do Sistema Único de Saúde (SUS). Ressaltamos que os depoimentos foram colhidos na linha do tempo dos usuários do *Facebook*, com acesso público a todos os participantes. Por razões éticas, nomes de pessoas e lugares serão ocultados. Os recortes encontram-se transcritos da mesma forma como foram extraídos do *Facebook*.

(RD1²) Ontem dia 03 quinta feira as 18 horas, Fui ao Hospital ****com minha Filha **** com apenas 4 anos, pois a mesma Brincando caiu e Fraturou sua perna Direita em dois lugares, chegando ao Hospital um recepcionista não sei o nome fez a ficha com a cara, fechada não dando nenhuma importância ao Grave acidente que aconteceu com minha filha mandando apenas sentar e esperar a ordem de chegada,pois não existe emergência...ficamos na recepção 2 horas e meia para

² Denominaremos cada depoimento por Recorte Discursivo, utilizando a sigla RD, que encontram-se numerados de 1 a 8.

atender a pequena que chorava e pedia Socorro e Ninguém fazia NADA...Senhor presidente do Hospital. Dê uma olhada com Carinho ...senhor Prefeito **** vice****] e a vcs vereadoresHoje minha Filha amanhã pode ser a SUA....O que eu vi na recepção ontem foi uma falta de responsabilidade,uma falta de amor ao Próximo mulheres Grávidas chorando e rolando naquele sofá,outra Vomitando,outra até convucionando...Somente uma médica atendendo....porque não deixa sempre um Médico sobre aviso para estes dias de correrias com fluxos altos de pacientes...Não tem um Ortopedista Atendendo na Cidade tem esperar 5 dias um ortopedista para avaliar e enjessar.....Vergonhoso...Saúde tem que der tratada com Respeito... Cade o nosso Dr Ortopedista da Cidade Dr. **** que sempre atendeu nós com todos Carinho....Amigos desculpa desabafo de um Pai...amigo que não esta falando somente pela minha familia..... (Discurso de usuário do SUS postado no *Facebook* no dia 04/03/2016).

(RD2) Revoltande! Eu e minha mãe de 74 anos de idade fomos ao hospital pq nao estava bem amargamos horas sem atendimento meu deus q descasso com ser humano q vivi a vida pagando seus empostos e nao tem prioridade niguem vai a hospital fazer passeio e so deus pra nos valer. (Discurso de usuária do SUS postado no *Facebook* no dia 04/03/2016).

(RD3) Tenho câncer e estou há 4 meses esperando a radioterapia. (Discurso de usuário do SUS postado no *Facebook* no dia 24/04/2014).

(RD4) O meu tratamento custaria algo em torno de R\$12.000,00 por mês. Isso mesmo: 12 mil reais. “Custaria” porque eu recebo os remédios pelo SUS. Sabe o SUS?! O Sistema Único de Saúde? Aquele lugar nefasto para onde as pessoas econômica e socialmente privilegiadas estão fazendo piada e mandando o ex-presidente Lula ir se tratar do recém descoberto câncer? Pois é, o Brasil é o único país do mundo que distribui gratuitamente o tratamento que eu faço para Esclerose Múltipla. Atenção: o ÚNICO. Se isso implica em uma carga tributária pesada, eu pago o imposto. Eu e as outras 30.000 pessoas que tem o mesmo problema que eu. É pouca gente? Não vale a pena? Todos os remédios para doenças incuráveis no Brasil são distribuídos pelo SUS. E não, corrupção não é exclusividade do Brasil. O maior especialista em Esclerose Múltipla do Brasil atende no HC, que é do SUS, num ambulatório especial para a doença. De graça, ou melhor, pago pelos impostos que a gente reclama em pagar. Uma vez a cada seis meses, eu me consulto com ele. É no HC que eu pego minhas receitas – para o tratamento propriamente dito e para os remédios que uso para lidar com os efeitos colaterais desse tratamento, que também me são entregues pelo SUS. O que me custaria fácil uns outros R\$2.000,00. (Discurso de usuária do SUS postado no *Facebook* no dia 01/11/2001).

(RD5) Tenho lido algumas falas sobre a saúde brasileira... Quem nunca usou o SUS deve estar pensando, "se precisar, vou morrer". Calma, aí, gente! Não é bem assim: muita gente, mais muita gente mesmo, vem sendo atendida, e bem atendida pelo SUS. E não estou falando da boca pra fora. Meu pai, que há 120 dias sofreu um AVC e está numa cama com poucas chances de recuperação, há cerca de dois meses vem tendo todas as suas despesas cobertas pelo SUS. Sim, no início foi difícil, tivemos que pagar bem caro pelo atendimento, mas conseguimos migrar para o SUS e o tratamento está excelente. Se o SUS não atendesse um monte de gente, seria fácil conseguir rapidamente uma consulta especializada, remédios e leitos. Sim, a estrutura do SUS é gigantesca no Brasil. E, a propósito disso, penso que é preciso ter coragem de dizer: em nenhum outro lugar do mundo (eu disse do mundo), há um país com quase 200 milhões de pessoas e um sistema universal e gratuito de saúde. Ou seja, o problema não é o SUS propriamente dito, mas os problemas que o SUS enfrenta para ser um bom SUS. (Discurso de usuário do SUS postado no *Facebook* no dia 03/06/2013)

(RD6) O SUS tem problemas? Pode até ter. Mas é um programa que poucos pouquíssimos países no mundo têm. Naquela "megapotência" que todos adoram

endeusar e dizer que é o melhor país do mundo, quem não tiver plano de saúde tá ferrado. Eu tenho orgulho de viver em um país que tem o SUS. (Discurso de usuário do SUS postado no *Facebook* no dia 03/06/2013).

(RD7) Os hospitais públicos estão caindo aos pedaços (e alguns caindo por inteiro até), saqueados pelo desvio de verba, pelas licitações fraudulentas, pela troca de favores, pelas obras superfaturadas que nunca terminam ou nem começaram, pela má administração do dinheiro publico! Hospitais sem elevador, centro cirúrgico, sem banco de sangue, sem estrutura e pessoal de laboratório, sem luva, sem gaze, sem dipirona, sem ambulância, sem raio x, sem tomografia, sem mamografia, sem CTIs, sem ultrassom. (Discurso de uma médica do SUS postado no *Facebook* no dia 23/007/2013).

(RD8) [...] nossa situação... 5 anos sem aumento do SUS, e com 98% do nosso atendimento feito para ele. Penúria dos hospitais e santas casas beneficentes. (Discurso de um diretor de hospital que presta serviços para o SUS, postado no *Facebook* no dia 01/09/2016)

Nos recortes discursivos acima, retirados do *Facebook*, verificamos que há uso recorrente do português coloquial, que permite ao sujeito uma maior liberdade de expressão. É bastante comum a utilização de recursos característicos de comunicação via *Internet*, como abreviações de palavras, conforme se pode verificar nos trechos “e a vcs vereadores”, “fomos ao hospital pq não estava bem” e “meu Deus q descaso”.

Outro recurso muito utilizado é o de inserir *links*³ no corpo do texto. Pode-se verificar um exemplo dessa prática no primeiro recorte discursivo, em que o autor do discurso insere *links* marcando⁴ pessoas no seu enunciado. Dessa forma, o indivíduo marcado recebe uma notificação imediatamente no seu perfil, proporcionando assim, maior probabilidade de que leia o texto⁵. Ao marcar outro participante no *Facebook*, o enunciador consegue atingir um público bem maior, pois além daqueles sujeitos que compõem seu círculo de amizades *online*, os amigos da pessoa marcada também visualizarão o *post*, multiplicando o alcance daquele discurso⁶.

Compreendemos, portanto que o discurso do *Facebook* possui características próprias, que englobam várias especificidades responsáveis por instaurar efeitos de sentido de

³Palavras ou elementos gráficos destacados que, ao clicar sobre elas, levam o sujeito-leitor a uma nova página na Internet que possui vínculo com o assunto,

⁴Ao digitar o nome de uma pessoa que possui um perfil no *Facebook*, o programa dá a opção de marcar, ou seja, fazer daquele nome um *link* para o seu perfil.

⁵Os recortes discursivos aqui utilizados não explicitaram tais *links*, pois consistiam em nomes dos sujeitos enunciadorees, os quais foram preservados nesta pesquisa.

⁶Desde que a pessoa tenha configurado o post como público, não restrito a amigos.

notoriedade ao que é veiculado. O sujeito que está em constante convívio com o *Facebook* adequa o seu discurso àquele meio.

Para refletirmos sobre os discursos recortados (RD1 a RD8) é necessário, primeiramente, compreendermos a noção de *sujeito* fundamentada pela teoria da Análise do Discurso de linha francesa (AD), na perspectiva de Michel Pêcheux, seu precursor.

2.2.1 O conceito de *sujeito* na AD

O conceito de sujeito na Análise do Discurso (AD) surgiu, inicialmente, no ano de 1969, quando Pêcheux lançou sua tese de doutorado denominada *Análise Automática do Discurso (AAD-69)*, obra em que confrontou a noção de sujeito saussuriana, fundamentada no pensamento iluminista de sujeito uno, indivisível, dotado de razão e consciência, que vigorava até então. Em *Análise Automática do Discurso (AAD-69)* Pêcheux questionou o sujeito soberano, senhor de sua linguagem, de livres escolhas discursivas, postulando um sujeito do discurso evidenciado pelas marcas sócio-históricas e ideológicas. Nesse texto, Pêcheux compreendeu o *sujeito* a partir da “[...] posição dos protagonistas do discurso em uma estrutura social dada [...]” (PÊCHEUX [1969], 1997a, p. 149-150).

Em sua tese de 1969, Pêcheux apresentou uma noção de *sujeito* que é evidenciado pela sua estrutura social. Assim, mesmo acreditando que está emitindo um discurso próprio, o *sujeito* está na realidade sendo *assujeitado*, tendo suas escolhas discursivas pré-determinadas pela sua posição social, “[...] de tal modo que um sujeito-estrutura determina os sujeitos como produtores de seus discursos [...]” (PÊCHEUX, [1983], 1997c, p.311). Essa noção de sujeito será repensada por Pêcheux em estudos posteriores.

No ano de 1975, Pêcheux escreve um artigo em parceria com Catherine Fuchs, intitulado *A propósito da análise automática do discurso: atualizações e perspectivas*. Nesse estudo o *sujeito* é visto como um *efeito ideológico*, embora continue sendo compreendido como o resultado do *assujeitamento* às *formações discursivas* nas quais está inserido. O *sujeito* agora é afetado também pela língua e pela história e é a ideologia que o constitui.

Pêcheux apresenta, também, no artigo com Fuchs, uma teoria em que o discurso e os sentidos produzidos pelo sujeito são afetados pelo *esquecimento*. O *sujeito* entende-se como senhor do seu discurso, quando na verdade, inconscientemente, retoma discursos emitidos por outros *sujeitos*, em outras condições de produção. Para o teórico existem dois tipos de *esquecimentos* que afetam o *sujeito*: no *esquecimento nº 1* o *sujeito* ignora o fato de que os sentidos de suas enunciações provêm de fatores que não estão ao seu alcance, de questões históricas e linguísticas; o *esquecimento nº 2* configura as escolhas do *sujeito* para a produção de seu discurso. É o limiar entre o *dito*, o *não-dito* e o *rejeitado*, de modo que ao fazer suas

escolhas discursivas, o sujeito rejeita ou omite as outras possibilidades, colocando-as em uma zona de esquecimento que poderá ser investigada pelo interlocutor do discurso para compreender “o que ele queria dizer” (PÊCHEUX, [1975], 1997b, p.170-6).

O ano de 1975 foi um ano muito produtivo em relação aos estudos discursivos para Michel Pêcheux. O avanço e reformulações de suas teorias se deram em grande parte nesse período e foi em 1975 que o linguista lançou aquela que é considerada sua obra prima: *Les vérités de la palice*. A obra foi traduzida para o português com o título de *Semântica e discurso: uma crítica à afirmação do óbvio* e é nesse texto que Pêcheux irá aprofundar e reorganizar os conceitos abordados na AAD-69.

Nesta obra Pêcheux fortalece a teoria em torno de um *sujeito* que formula seus discursos atravessado pela *ideologia*, ainda que de forma inconsciente. A *ideologia*, portanto, é a responsável por interpelar os indivíduos em *sujeitos*, embora estes tenham a ilusão de ser a fonte de seu discurso.

2.2.2 O conceito de *discurso*

Na AAD-69 Pêcheux escreve que o *discurso* é “uma sequência linguística limitada por dois *brancos semânticos* e que corresponde a condições de produção discursivas definidas” (PÊCHEUX, [1969], 1997a, p.108). Desta forma, as escolhas linguísticas que irão compor o discurso do sujeito são pré-determinadas pelas condições de sua produção, assim como o sentido deste discurso para o interlocutor. A partir dessa ideia Pêcheux define o discurso, observando que “o termo *discurso*, [...] não se trata necessariamente de uma transmissão de informação entre A e B, mas, de modo geral, de um “efeito de sentidos” entre os pontos A e B⁷” (Idem, p. 82).

Nos recortes acima nos deparamos com cinco discursos de diferentes sujeitos e que não nos possibilita determinar o destinatário, visto que foram publicados em uma rede social onde não se pode estabelecer a dimensão que tal discurso irá atingir. Ao contrário de um jornal, uma revista, um artigo, que tem um público específico, o Facebook não possui fronteiras para o seu alcance, já que nele está conectada a maioria da população esta por sua vez é composta de pessoas das mais distintas *formações discursivas*.

2.2.3 O conceito de *formação discursiva* (FD)

Tal qual a noção de sujeito, o conceito de *formação discursiva* (FD) também foi lapidado durante toda a trajetória teórica de Michel Pêcheux. As noções de *formação ideológica* e *formação discursiva* irão aparecer pela primeira vez em um artigo escrito por

⁷ A e B correspondem a “destinador” e “destinatário” respectivamente.

Pêcheux no ano de 1971, denominado *La sémantique et la coupure saussurienne: langue, langue, discours*. Neste artigo, o teórico associa tais conceitos às noções advindas do materialismo histórico (AGUERO, 2014, p. 93).

No texto de 1971, Pêcheux conceitua formação ideológica da seguinte forma: “[...] um conjunto complexo de atitudes e representações [que] se relacionam mais ou menos a “posições de classe” em conflito uma com as outras” (HAROCHE; PÊCHEUX; HENRY, [1971], 2008, não paginado *apud* PÊCHEUX, [1975], 1997b, p. 166). Para o autor, as *formações ideológicas* são constituídas por várias *formações discursivas*, estas por sua vez, irão determinar o que será enunciado pelo sujeito em cada conjuntura. (*Idem*, p. 166-7)

Os conceitos de *formações ideológica* e *discursiva* serão aperfeiçoados no artigo de 1975 (já mencionado na seção 2.2.1) intitulado *A propósito da análise automática do discurso: atualização e perspectivas*, escrito em conjunto a Catherine Fuchs. Nesse artigo Pêcheux reformula a concepção de *formação discursiva*, a partir de reflexões sobre o *interdiscurso* e o *preconstruído*. Segundo o linguista:

[...] a noção de formação discursiva tomada de empréstimo de Michel Foucault, começa a fazer explodir a noção de máquina estrutural fechada na medida em que o dispositivo da FD está em relação paradoxal com seu ‘exterior’: uma FD não é um espaço estrutural fechado, pois é constitutivamente ‘invadida’ por elementos que vêm de outro lugar (isto é, de outras FD) que se repetem nela, fornecendo-lhes suas evidências discursivas fundamentais (por exemplo, sob a forma de ‘preconstruídos’ [...]) (PÊCHEUX, [1983], 1997c, p.314).

Como podemos observar na citação acima, Pêcheux compreende que cada FD é afetada por outras, não se configurando como espaços fechados, isolados em si mesmos, pois há uma relação com fatores que lhes são exteriores. Desse modo, discursos de outras FDs perpassam a construção da enunciação dos sujeitos, fornecendo-lhes evidências discursivas.

Pêcheux segue refletindo a respeito da *formação discursiva*. Em *Semântica e discurso: uma crítica à afirmação do óbvio* (1975) o linguista irá apresentá-la da seguinte maneira: “[...] aquilo que numa formação ideológica dada, isto é, a partir de uma posição dada numa conjuntura dada, [...] determina o que pode e deve ser dito [...]” (PÊCHEUX, [1975], 2014, p.147). Nesta fase, Pêcheux atribui à *formação discursiva* os sentidos do discurso.

A partir da teoria apresentada nas seções anteriores deste capítulo e das sequências apresentadas na seção 2.2, que configuram nosso objeto de pesquisa, passamos a individuar as *formações discursivas* nas quais se inscrevem os sujeitos dos discursos recortados.

As sequências RD1 a RD8 foram extraídas do discurso de sujeitos que enunciam opiniões sobre o Sistema Único de Saúde (SUS) na rede social *Facebook*. São discursos bastante comuns que atravessam a sociedade brasileira do século XXI e que podem ser

caracterizados como provenientes de dois grupos distintos, conforme podemos observar nos recortes que se seguem:

(RD1) Ontem dia 03 quinta feira as 18 horas, Fui ao Hospital ****com minha Filha **** com apenas 4 anos, pois a mesma Brincando caiu e Fraturou sua perna Direita em dois lugares, chegando ao Hospital um recepcionista não sei o nome fez a ficha com a cara, fechada não dando nenhuma importância ao Grave acidente que aconteceu com minha filha mandando apenas sentar e esperar a ordem de chegada, pois não existe emergência [...]. O que eu vi na recepção ontem foi uma falta de responsabilidade, uma falta de amor ao Próximo mulheres Grávidas chorando e rolando naquele sofá, outra Vomitando, outra até convencionando...Somente uma médica atendendo [...] .Vergonhoso...Saúde tem que der tratada com Respeito.. (Discurso de usuário do SUS postado no *Facebook* no dia 04/03/2016).

(RD2) Revoltande! Eu e minha mãe de 74 anos de idade fomos ao hospital pq nao estava bem amargamos horas sem atendimento meu deus q descasso com ser humano q vivi a vida pagando seus empostos e nao tem prioridade niguem vai a hospital fazer passeio e so deus pra nos valer. (Discurso de usuária do SUS postado no *Facebook* no dia 04/03/2016).

(RD3) Tenho câncer e estou há 4 meses esperando a radioterapia. (Discurso de usuário do SUS postado no *Facebook* no dia 24/04/2014).

(RD4) O meu tratamento custaria algo em torno de R\$12.000,00 por mês. Isso mesmo: 12 mil reais. “Custaria” porque eu recebo os remédios pelo SUS. Sabe o SUS?! O Sistema Único de Saúde? Aquele lugar nefasto para onde as pessoas econômica e socialmente privilegiadas estão fazendo piada e mandando o ex-presidente Lula ir se tratar do recém descoberto câncer? Pois é, o Brasil é o único país do mundo que distribuí gratuitamente o tratamento que eu faço para Esclerose Múltipla. Atenção: o ÚNICO. [...] Todos os remédios para doenças incuráveis no Brasil são distribuídos pelo SUS. E não, corrupção não é exclusividade do Brasil. O maior especialista em Esclerose Múltipla do Brasil atende no HC, que é do SUS, num ambulatório especial para a doença. De graça, ou melhor, pago pelos impostos que a gente reclama em pagar. [...]. (Discurso de usuária do SUS postado no *Facebook* no dia 01/11/2001).

(RD5) Tenho lido algumas falas sobre a saúde brasileira... Quem nunca usou o SUS deve estar pensando, "se precisar, vou morrer". Calma, aí, gente! Não é bem assim: muita gente, mais muita gente mesmo, vem sendo atendida, e bem atendida pelo SUS. E não estou falando da boca pra fora. Meu pai, que há 120 dias sofreu um AVC e está numa cama com poucas chances de recuperação, há cerca de dois meses vem tendo todas as suas despesas cobertas pelo SUS. [...] Sim, a estrutura do SUS é gigantesca no Brasil. E, a propósito disso, penso que é preciso ter coragem de dizer: em nenhum outro lugar do mundo (eu disse do mundo), há um país com quase 200 milhões de pessoas e um sistema universal e gratuito de saúde. Ou seja, o problema não é o SUS propriamente dito, mas os problemas que o SUS enfrenta para ser um bom SUS. (Discurso de usuário do SUS postado no *Facebook* no dia 03/06/2013)

(RD6) O SUS tem problemas? Pode até ter. Mas é um programa que poucos pouquíssimos países no mundo têm. Naquela "megapotência" que todos adoram endeusar e dizer que é o melhor país do mundo, quem não tiver plano de saúde tá ferrado. Eu tenho orgulho de viver em um país que tem o SUS. (Discurso de usuário do SUS postado no *Facebook* no dia 03/06/2013).

(RD7) Os hospitais públicos estão caindo aos pedaços (e alguns caindo por inteiro até), saqueados pelo desvio de verba, pelas licitações fraudulentas, pela troca de favores, pelas obras superfaturadas que nunca terminam ou nem começaram, pela

má administração do dinheiro público! Hospitais sem elevador, centro cirúrgico, sem banco de sangue, sem estrutura e pessoal de laboratório, sem luva, sem gaze, sem dipirona, sem ambulância, sem raio x, sem tomografia, sem mamografia, sem CTIs, sem ultrassom. (Discurso de uma médica do SUS postado no *Facebook* no dia 23/007/2013).

(RD8) [...] nossa situação... 5 anos sem aumento do SUS, e com 98% do nosso atendimento feito para ele. Penúria dos hospitais e santas casas beneficentes. (Discurso de um diretor de hospital que presta serviços para o SUS, postado no *Facebook* no dia 01/09/2016)

A observação dos recortes anteriores nos permitem identificá-los como provenientes de discursos enunciados por dois grupos distintos de sujeitos: o primeiro que podemos caracterizar como de um grupo de usuários do SUS, que correspondem às sequências RD1, RD2, RD3, RD4, RD5 e RD6; e o segundo como pertencente a profissionais que integram o SUS (recortes RD7 e RD8). Tomando por base esses dois grupos distintos de sujeitos, que denominaremos G1 e G2, passaremos a inscrevê-los, neste estudo, em duas formações discursivas distintas: FD1 e FD2.

O G1 será aqui individuado como FD1. Em outras palavras, a FD1 inscreve todos os sujeitos usuários do SUS.

O G2 será individuado como FD2. Assim sendo, a FD2 inscreve todos os sujeitos que integram o Sistema Único de Saúde (SUS) na área médica e administrativa. Essas FD podem ser assim representadas:

G1 ► FD1 (sujeitos usuários do SUS)

G2 ► FD2 (sujeitos que integram o SUS)

O que distingue ideologicamente esses sujeitos é o *lugar social* de onde falam. A respeito dos *lugares sociais*, Pêcheux observa que:

[...] A e B designam lugares determinados na estrutura de uma formação social, lugares dos quais a sociologia pode descrever o feixe de traços objetivos característicos: assim, por exemplo, no interior da esfera da produção econômica, os lugares do “patrão” (diretor, chefe da empresa etc.), do funcionário de repartição, do contramestre, do operário, são marcados por propriedades diferenciais determináveis (PÊCHEUX, [1969], 1997a, p.82).

Deste modo, cada discurso apresentará traços característicos do lugar social de onde é proferido. Porém, Pêcheux adverte que:

[...] seria ingênuo supor que o *lugar como feixe de traços objetivos* funciona como tal no interior do processo discursivo; ele se encontra aí representado, isto é, *presente, mas transformado*; em outros termos, o que funciona nos processos discursivos é uma série de formações imaginárias que designam o lugar que A e B se atribuem cada a *si* e ao *outro*, a imagem que eles se fazem de seu próprio lugar e do lugar do outro (*Idem*, p.82).

O teórico explica, assim, que a posição do emissor e do destinatário do discurso é designada por *formações imaginárias*. Ao discursar o sujeito leva em consideração a imagem que tem dele próprio e a do outro. Pêcheux afirma que ao enunciar um discurso o emissor se faz as seguintes perguntas: “Quem sou eu para lhe falar assim?”, “Quem é ele para que eu lhe fale assim?”. Por sua vez, o destinatário do discurso, ao ouvi-lo se faz os seguintes questionamentos: “Quem sou eu para que ele me fale assim?”, “Quem é ele para que me fale assim?” (*Idem*, p. 85)

2.3 Posições-sujeito nas quais se inscrevem os sujeitos da FD1 e FD2

Em 1971, Pêcheux irá meditar a respeito de uma frase irônica proferida por Lenin⁸: “as palavras mudam de sentido segundo as posições sustentadas por aqueles que as empregam”. Pêcheux irá ressignificar essa frase associando-a aos “[...] lugares determinados na estrutura de uma formação social [...] representados nos processos discursivos em que são colocados em jogo” (PÊCHEUX, [1969], 1997a, p. 82).

Mais tarde, em *Semântica e discurso: uma crítica à afirmação do óbvio* Pêcheux irá refletir em torno da posição dos sujeitos pautado na perspectiva de “[...] palavras, expressões, proposições etc., [que] mudam de sentido segundo as posições sustentadas por aqueles que as empregam [...]” (PÊCHEUX, [1975], 2009, p. 146-7). Para Agüero (2014, p. 93) é nesta fase que Pêcheux irá associar as *posições dos sujeitos* às *formações ideológicas* e às *formações discursivas*.

Segundo Agüero (2014, p.101), em *Semântica e Discurso* o funcionamento do *sujeito* do discurso é associado às suas práticas discursivas que irão inscrevê-lo em determinada *formação discursiva* (FD) com a qual se identifica e que o constitui como *sujeito*. Essa identificação é constituída como efeito da *forma-sujeito* de uma determinada *formação discursiva*. A expressão *forma-sujeito* diz respeito ao *sujeito* em sua forma histórica, como agente de práticas sociais.

Assim sendo,

[...] durante o processo de reconhecimento, o *sujeito* se esquece das determinações que o colocam no lugar que ocupa. Isto caracteriza o *assujeitamento ideológico*, que faz com que o indivíduo se posicione como *sujeito* do seu discurso, ao mesmo tempo em que apaga o fato de que seu discurso é determinado pela *ideologia* ou pelo *Sujeito* (universal). O *sujeito*, portanto, toma posições a partir do lugar em que se reconhece como *sujeito* (*Idem*, p. 101 - 2).

Desse modo, a ideologia é responsável por interpelar os indivíduos em sujeitos (PÊCHEUX [1975], 1997b, p.167) e o constitui a partir do processo de *identificação* com determinada FD (PÊCHEUX, 2014, p.198). O processo de *identificação* é sempre inacabado,

⁸ Vladimir Ilitch Lenin, político e intelectual russo, um dos principais personagens da Revolução Russa de 1917.

de forma que o *sujeito* pode se *contra-identificar* no interior dessa FD ou se *desidentificar* dessa FD, identificando-se a outra FD.

Pêcheux explica que a *forma-sujeito* pode desdobrar-se entre o sujeito da *enunciação* e *sujeito universal*. Tais desdobramentos possibilitam assumir três diferentes modalidades.

A *primeira modalidade* compreende a superposição do *sujeito da enunciação* sobre o *sujeito universal*, “de modo que “a tomada de posição” do sujeito realiza seu *assujeitamento* sob a forma do “livre consentimento”. Essa superposição caracteriza o discurso do “bom sujeito” (PÊCHEUX, [1975], 2014, p. 199).

A *segunda modalidade* “caracteriza o discurso do “mau sujeito”, no qual “o *sujeito da enunciação* se volta *contra o sujeito universal*” (*Idem*, p. 199). Segundo o teórico, isto se dá “por meio de uma “tomada de posição” que consiste, desta vez, em uma *separação* (distanciamento, dúvida, questionamento, contestação, revolta...)” (*Idem*, p. 199) por parte do *sujeito da enunciação* em relação ao *sujeito universal*, caracterizando o *contradiscurso* ou *contra-identificação* do sujeito com a *formação discursiva*.

Por fim, há a *terceira modalidade* que Pêcheux designa como subjetiva e discursiva, “paradoxalmente caracterizada pelo fato de que ela integra o *efeito das ciências e da política do proletariado sobre a forma-sujeito*” (*Idem*, p. 200). Nessa modalidade ocorre uma *desidentificação*, causando um *desassujeitamento*, uma ruptura, entre o *sujeito da enunciação* e o *sujeito universal*.

Para Indursky (2008), o processo de *desidentificação* configura uma ruptura com a *formação discursiva* em que o sujeito encontrava-se inserido *a priori*, resultando ou em uma nova *formação discursiva* e *forma-sujeito*, ou na migração de uma *forma-sujeito* para outra.

Ao falar no processo de *contra-identificação*, a autora observa que o sujeito não se retira da formação discursiva que o constitui, embora não se identifique completamente com ela, o que ele faz é, assumir uma *posição-sujeito* diferente, mas que continua ligada à *forma-sujeito* dominante (INDURSKY, 2008, p. 26).

Courtine ([1981], 2009, p. 88), aluno de Pêcheux, irá definir *posição-sujeito* como “[...] uma relação determinada que se estabelece em uma formulação entre um *sujeito* enunciador e o *sujeito* do saber de uma dada FD”.

A partir da teoria explicitada anteriormente, podemos voltar às nossas análises.

Na seção 2.2.3 individualizamos 2 (duas) *formações discursivas* (FD1 e FD2) nas quais se inscrevem os sujeitos dos recortes que elegemos para análise. Observando as mesmas

sequências recortadas, podemos, ainda uma vez, agrupá-las a partir das diferentes *tomadas de posição dos sujeitos* em seus discursos, conforme veremos a seguir:

(RD1) [...]. O que eu vi na recepção ontem foi **uma falta de responsabilidade, uma falta de amor ao Próximo** mulheres Grávidas chorando e rolando naquele sofá, outra Vomitando, outra até convencionando...Somente uma médica atendendo [...]. **Vergonhoso...Saúde tem que der tratada com Respeito** [...]. (Discurso de usuário do SUS postado no *Facebook* no dia 04/03/2016).

(RD2) Revoltande! [...] meu deus **q descasso com ser humano** q vivi a vida pagando seus empostos e **nao tem prioridade niguem vai a hopital fazer passeio e so deus pra nos valer**. (Discurso de usuária do SUS postado no *Facebook* no dia 04/03/2016).

(RD3) [...] **estou há 4 meses esperando a radioterapia**. (Discurso de usuário do SUS postado no *Facebook* no dia 24/04/2014).

(RD4) [...] **eu recebo os remédios pelo SUS**. Sabe o SUS?! O Sistema Único de Saúde? Aquele lugar nefasto para onde as pessoas econômica e socialmente privilegiadas estão fazendo piada e mandando o ex-presidente Lula ir se tratar do recém descoberto câncer? Pois é, **o Brasil é o único país do mundo que distribui gratuitamente o tratamento que eu faço para Esclerose Múltipla. Atenção: o ÚNICO**. [...] **Todos os remédios para doenças incuráveis no Brasil são distribuídos pelo SUS**. E não, corrupção não é exclusividade do Brasil.

O maior especialista em Esclerose Múltipla do Brasil atende no HC, que é do SUS, num ambulatório especial para a doença. **De graça**, ou melhor, pago pelos impostos que a gente reclama em pagar. [...]. (Discurso de usuária do SUS postado no *Facebook* no dia 01/11/2001).

(RD5) [...] **muita gente, mais muita gente mesmo, vem sendo atendida, e bem atendida pelo SUS**. [...] Meu pai, [...] **há cerca de dois meses vem tendo todas as suas despesas cobertas pelo SUS**. [...] **Sim, a estrutura do SUS é gigantesca no Brasil**. [...] **em nenhum outro lugar do mundo** (eu disse do mundo), **há um país com quase 200 milhões de pessoas e um sistema universal e gratuito de saúde**. (Discurso de usuário do SUS postado no *Facebook* no dia 03/06/2013)

(RD6) **O SUS tem problemas? Pode até ter. Mas é um programa que poucos pouquíssimos países no mundo têm**. Naquela "megapotência" que todos adoram endeusar e dizer que é o melhor país do mundo, quem não tiver plano de saúde tá ferrado. **Eu tenho orgulho de viver em um país que tem o SUS**. (Discurso de usuário do SUS postado no *Facebook* no dia 03/06/2013).

(RD7) **Os hospitais públicos estão caindo aos pedaços [...] saqueados pelo desvio de verba, pelas licitações fraudulentas, pela troca de favores, pelas obras superfaturadas que nunca terminam ou nem começaram, pela má administração do dinheiro publico! Hospitais sem elevador, centro cirúrgico, sem banco de sangue, sem estrutura e pessoal de laboratório, sem luva, sem gaze, sem dipirona, sem ambulância, sem raio x, sem tomografia, sem mamografia, sem CTIs, sem ultrassom**. (Discurso de uma médica do SUS postado no *Facebook* no dia 23/007/2013).

(RD8) [...] **5 anos sem aumento do SUS, e com 98% do nosso atendimento feito para ele. Penúria dos hospitais e santas casas beneficentes**. (Discurso de um diretor de hospital que presta serviços para o SUS, postado no *Facebook* no dia 01/09/2016)

O funcionamento dos discursos anteriores nos permitem agrupá-los em *posições-sujeito* distintas, a partir das *tomadas de posição* favoráveis ou desfavoráveis ao SUS. Essas posições-sujeito podem ser observadas no quadro a seguir:

RECORTE DISCURSIVO (RD)	SEQUÊNCIAS RECORTADAS	FD
RD1	uma falta de responsabilidade, uma falta de amor ao Próximo / Vergonhoso...Saúde tem que der tratada com Respeito	FD1
RD2	q descasso com ser humano/ não tem prioridade (a saúde) / niguem vai a hopital fazer passeio/ e so deus pra nos valer.	FD1
RD3	estou há 4 meses esperando a radioterapia	FD1
RD7	Os hospitais públicos estão caindo aos pedaços / saqueados pelo desvio de verba / pelas licitações fraudulentas / pela troca de favores / pelas obras superfaturadas que nunca terminam ou nem começaram / pela má administração do dinheiro publico / Hospitais sem elevador, centro cirúrgico / sem banco de sangue / sem estrutura e pessoal de laboratório / sem luva / sem gaze / sem dipirona / sem ambulância / sem raio x / sem tomografia / sem mamografia / sem CTIs / sem ultrassom.	FD2
RD8	5 anos sem aumento do SUS, e com 98% do nosso atendimento feito para ele / Penúria dos hospitais e santas casas beneficentes.	FD2

Quadro 1: Individuação da PS1

As sequências apontadas no quadro anterior nos permitem observar que tratam-se discursos enunciados por sujeitos inscritos em diferentes FD. As sequências RD1, RD2 e RD3 foram enunciadas por sujeitos inscritos na FD1. Os recortes RD7 e RD8 foram extraídos de sujeitos identificados à FD2.

É interessante notar, entretanto, que mesmo inscritos em FD diferentes, todos os enunciados recortados apontam para *posições-sujeito* desfavoráveis à qualidade dos serviços prestados pelo SUS. Essa *tomada de posição* marca, assim, uma posição negativa em relação ao trabalho do SUS no atendimento à população. Os sujeitos enunciadorees da FD1 marcam essa posição na perspectiva do usuário que enfrenta o mau atendimento, a longa espera por procedimentos e o descaso frente ao sofrimento humano. Por sua vez, os sujeitos inscritos na FD2 marcam uma posição negativa na ótica de quem não recebe condições mínimas de trabalho por parte do SUS, bem como recursos financeiros suficientes.

O fato de serem enunciados por sujeitos inscritos em FD distintas apontam para três considerações:

1. que uma FD não é um espaço fechado, podendo ser invadida por discursos provenientes de outras FD que se repetem nela (PÊCHEUX, [1983], 1997c, p. 314) na perspectiva do *interdiscurso*. (Trataremos do *interdiscurso* na seção 2.5). É nesse aspecto que observamos nos discursos inscritos na FD1 e FD2 a mesma *posição-sujeito*, identificada nos enunciados “falta de responsabilida”, “descaso com o ser humano”, “há 4 meses esperando” capturados da FD1 e “hospitais caindo aos pedaços”, “desvio de verba”, “licitações fraudulentas”, “obras superfaturadas”. “má administração”, “Hospitais sem elevador”, “sem banco de sangue”, “sem estrutura pessoal de laboratório”, “sem luva”, “sem gaze”, “sem dipirona”, “sem ambulância”, “sem raio x”, “sem tomografia”, “sem mamografia”, “sem CTIs”, “sem ultrasson”, “5 anos sem aumento do SUS” “Penúria dos hospitais e santas casas beneficentes” extraídos da FD2. Ou seja, mesmo portando diferentes saberes e posições sociais distintas, os sujeitos das duas FD enunciam discursos semelhantes. Nesse aspecto reconhecemos a existência de um conjunto de discursos que migraram de uma FD a outra;
2. o *efeito de sentido* negativo que atravessa todas as enunciações recortadas irá inscrevê-las na mesma *posição-sujeito* denominada, neste estudo, como PS1;
3. as enunciações recortadas de RD7 e RD8 nos permitem, ainda, refletir acerca do processo de *identificação* do sujeito de que nos fala Pêcheux ([1975], 2014, p. 199-202). O sujeito da FD2 (médica e diretor do hospital) assume uma *posição-sujeito* crítica em relação ao desempenho do SUS. A partir dos discursos recortados podemos afirmar que não ocorre a *identificação* desse sujeito com a FD2 na qual se inscreve. Todavia, não há também um processo de *desidentificação*, pois embora o sujeito critique o Sistema Único de Saúde não há indícios de que tenha migrado para outra FD. O que irá acontecer é um processo de *contra-identificação* que não retira a *forma-sujeito* da posição dominante que ocupa na *formação discursiva*, mas apenas constitui uma *posição-sujeito* diferente, sempre identificada com a mesma (INDURSKY, 2008, p. 26). Desse modo, embora o sujeito enuncie discursos negativos contra o SUS, não migra de uma FD a outra, permanecendo na mesma FD2 e configurando-se apenas como

uma posição-sujeito que enuncia discursos contrários, no interior dessa mesma FD.

A PS1 inscreve, assim, sujeitos que reprovam e criticam o serviço e o atendimento do SUS.

Passamos a observar os recortes do quadro 2, a seguir:

RECORTE DISCURSIVO (RD)	SEQUÊNCIAS RECORTADAS	FD
RD4	eu recebo os remédios pelo SUS. / Todos os remédios para doenças incuráveis no Brasil são distribuídos pelo SUS / corrupção não é exclusividade do Brasil / O maior especialista em Esclerose Múltipla do Brasil atende no HC, que é do SUS / De graça [...].	FD1
RD5	muita gente [...] vem sendo atendida, e bem atendida [...] pelo SUS / [...] vem tendo todas as suas despesas cobertas pelo SUS / a estrutura do SUS é gigantesca no Brasil. / [...] em nenhum outro lugar do mundo [...] há um país com quase 200 milhões de pessoas e um sistema universal e gratuito de saúde.	FD1
RD6	O SUS [...] é um programa que [...] pouquíssimos países no mundo têm. / Eu tenho orgulho de viver em um país que tem o SUS.	FD1

Quadro 2: Individuação da PS2

O funcionamento dos discursos “recebo os remédios pelo SUS”, “Todos os remédios para doenças incuráveis no Brasil são distribuídos pelo SUS”, “O maior especialista em Esclerose Múltipla do Brasil atende no HC, que é do SUS”, “De graça”, “muita gente [...] vem sendo atendida, e bem atendida [...] pelo SUS”, “a estrutura do SUS é gigantesca no Brasil”, “[...] em nenhum outro lugar do mundo [...] há um país com quase 200 milhões de pessoas e um sistema universal e gratuito de saúde”, “O SUS [...] é um programa que [...] pouquíssimos países no mundo têm”, “Eu tenho orgulho de viver em um país que tem o SUS” nos permitem compreender que não se trata da mesma *posição-sujeito* que denominamos como PS1.

Embora esta *posição-sujeito* esteja identificada à mesma FD1, na qual estão inscritos todos os usuários do SUS, seus discursos avaliam positivamente o trabalho do Sistema, realçando suas qualidades e o alcance do Programa. Não se trata, portanto, da mesma *posição-sujeito* analisada no Quadro 1, razão pela qual passaremos a denominá-la de PS2.

Assim, a PS2 inscreve todos aqueles sujeitos que manifestam discursos favoráveis em relação ao SUS.

Nos recortes discursivos analisados identificamos, assim, duas FD (FD1 e FD2) e duas *posições-sujeito*. A FD1 inscreve duas *posições-sujeito* (PS1 e PS2) e os sujeitos inscritos na FD2 também são atravessados pelos discursos da PS1. Essas FD e PS podem ser representadas nos seguintes quadros:

FD1	PS1
	PS2

Quadro 3: Posições-sujeito da FD1

FD2	PS1
------------	------------

Quadro 4: Posição-sujeito da FD2

Desse modo, podemos afirmar que a FD1 é caracterizada pela heterogeneidade presente nas duas *posições-sujeito* que nela se inscrevem: uma desfavorável ao trabalho do SUS (PS1) e outra favorável (PS2).

2.4 Os efeitos de sentido instaurados nas discursividades

Passamos a observar, agora, os *efeitos de sentido* que se instauram nos discursos recortados.

De acordo com Baronas ([sd], p. 2- 3) a noção de *efeito de sentido* já estava presente nos escritos de Pêcheux no ano de 1971, quando o teórico escreveu o artigo *A Semântica e o Corte Saussureano: Língua, Linguagem e Discurso*. Nesse texto Pêcheux traz a noção à luz do *materialismo* de Althusser⁹, evidenciando o caráter histórico dos sentidos.

Na obra *Semântica e discurso: uma crítica à afirmação do óbvio* o conceito já aparece determinado pela posição ideológica que entram no jogo histórico no qual as palavras e proposições são produzidas. Nessa obra Pêcheux afirma que:

⁹ Louis Althusser foi professor de Pêcheux na faculdade de filosofia. “Althusser é, para Michel Pêcheux, aquele que faz brotar a fagulha teórica, o que faz nascer os projetos de longo curso” (MALDIDIER, 2003, p.18).

[...] as palavras, expressões, proposições etc., mudam de sentido segundo as posições sustentadas por aqueles que as empregam, o quer dizer que elas adquirem seu sentido em referência a essas posições, isto é, em referência às formações ideológicas (PÊCHEUX, [1975], 2014, p.146-7).

Em seu último texto, escrito em 1983, intitulado *Discurso: Estrutura ou acontecimento*, Pêcheux observa que todo enunciado é passível de tornar-se outro, sendo “linguisticamente descritível como uma série (léxico-sintaticamente determinada) de pontos de deriva possíveis, oferecendo lugar à interpretação. (PÊCHEUX, 2002, p. 53).

Compreendemos assim que, o discurso não configura um espaço fechado e unívoco, mas é passível de interpretações distintas, levando em consideração a diversidade de sujeitos, a sua inscrição em diferentes *formações discursivas* e as distintas *condições de produção* dos discursos.

Partindo das afirmações de Pêcheux, passamos a verificar os *efeitos de sentido* instaurados pelas discursividades que se seguem:

(RD1) Ontem dia 03 quinta feira as 18 horas, Fui ao Hospital ****com minha Filha **** com apenas 4 anos, pois a mesma Brincando caiu e Fraturou sua perna Direita em dois lugares, chegando ao Hospital um recepcionista não sei o nome fez a ficha com a cara, fechada não dando nenhuma importância ao Grave acidente que aconteceu com minha filha mandando apenas sentar e esperar a ordem de chegada, pois não existe emergência [...]. O que eu vi na recepção ontem foi uma falta de responsabilidade, uma falta de amor ao Próximo mulheres Grávidas chorando e rolando naquele sofá, outra Vomitando, outra até convencionando...Somente uma médica atendendo [...] .Vergonhoso...Saúde tem que der tratada com Respeito.. (Discurso de usuário do SUS postado no *Facebook* no dia 04/03/2016).

(RD2) Revoltante! Eu e minha mãe de 74 anos de idade fomos ao hospital pq nao estava bem amargamos horas sem atendimento meu deus q descasso com ser humano q vivi a vida pagando seus empostos e nao tem prioridade niguem vai a hospital fazer passeio e so deus pra nos valer. (Discurso de usuária do SUS postado no *Facebook* no dia 04/03/2016).

(RD3) Tenho câncer e estou há 4 meses esperando a radioterapia. (Discurso de usuário do SUS postado no *Facebook* no dia 24/04/2014).

(RD7) Os hospitais públicos estão caindo aos pedaços (e alguns caindo por inteiro até), saqueados pelo desvio de verba, pelas licitações fraudulentas, pela troca de favores, pelas obras superfaturadas que nunca terminam ou nem começaram, pela má administração do dinheiro publico! Hospitais sem elevador, centro cirúrgico, sem banco de sangue, sem estrutura e pessoal de laboratório, sem luva, sem gaze, sem dipirona, sem ambulância, sem raio x, sem tomografia, sem mamografia, sem CTIs, sem ultrassom. (Discurso de uma médica do SUS postado no *Facebook* no dia 23/007/2013).

(RD8) [...] nossa situação... 5 anos sem aumento do SUS, e com 98% do nosso atendimento feito para ele. Penúria dos hospitais e santas casas beneficentes. (Discurso de um diretor de hospital que presta serviços para o SUS, postado no *Facebook* no dia 01/09/2016)

Nas seções 2.2.3 e 2.3, individuamos duas FD (FD1 e FD2) e duas *posições-sujeito* (PS1 e PS2). Os recortes discursivos anteriores (RD1, RD2, RD3, RD7 e RD8) registram o discurso de cinco sujeitos que, embora pertençam a FD diferentes, se identificam com a mesma PS1 na qual estão inscritos todos os sujeitos que enunciam discursos desfavoráveis no que se refere às condições mínimas necessárias para o funcionamento do SUS.

RD1, RD2 e RD3 são registros de discursos de usuários do serviço público de saúde que não se sentem satisfeitos com os serviços prestados pelo SUS. O primeiro recorte é o discurso de um pai que busca atendimento para sua filha, o segundo discurso é de uma filha que busca atendimento para sua mãe, já a terceira sequência discursiva é de um jovem que espera pelo próprio atendimento. O que aproxima todos estes sujeitos é que são unânimes em afirmar que as condições do serviço do Sistema são precárias.

As sequências RD7 e RD8 são provenientes de sujeitos individuados na FD2. Embora esses discursos descrevam a dificuldade em se trabalhar com a saúde pública no Brasil devido, principalmente, à falta de recursos, apresentam a mesma *posição sujeito*, PS1, que inscreve sujeitos insatisfeitos/desfavoráveis aos serviços prestados pelo Sistema.

As sequências recortadas de RD1: “[...] fez a ficha com a cara, fechada não dando nenhuma importância ao Grave acidente”; “mandando apenas sentar e esperar a ordem de chegada”; “não existe emergência”; “foi uma falta de responsabilidade”; “Somente uma médica atendendo”; de RD2: “amargamos horas sem atendimento”; “meu deus q descasso com ser humano”; “ não tem prioridade”; de RD3: “estou há 4 meses esperando a radioterapia”, de RD8: “5 anos sem aumento do SUS” instauram um *efeito de sentido* de desprezo e descaso com a saúde do usuário.

As expressões “com a cara fechada”, “não dando importância”, “não existe emergência”, “falta de responsabilidade”, “descaso”, “sem atendimento”, “não tem prioridade”, “há 4 meses esperando” e “5 anos sem aumento” são responsáveis pela construção desses *efeitos* de pouco caso, indiferença e omissão em relação aos usuários e às condições do SUS.

Nos enunciados “mulheres Grávidas chorando”; “rolando naquele sofá”, “outra Vomitando”; “outra até convencionando”, recortados de RD1; “hospitais públicos estão caindo aos pedaços”; “saqueados pelo desvio de verba”; “pelas licitações fraudulentas”; “pela troca de favores”, “pelas obras superfaturadas”, “pela má administração”, “sem elevador”; “[sem] centro cirúrgico”; “sem banco de sangue”; “sem estrutura e pessoal de laboratório”; “sem luva”, “sem gaze”; “sem dipirona”; “sem ambulância”; “sem raio x”; “sem tomografia”; “sem

mamografia”; “sem CTIs”; “ sem ultrassom”, recortados de RD7, as formulações chorando, rolando, vomitando, ‘convucionando’. Caindo, pedaços, saqueados, desvio, verba, fraudulentas, obras suerfaturadas, má administração, etc., são responsáveis pela instauração de um *efeito de sentido* de caos generalizado causado pelos sucessivos desfalques e desvios de verbas que prejudicam o SUS.

Nas formulações retiradas de RD1: “ Vergonhoso” e de RD2: “Revoltande!” o *efeito de sentido* instaurado é de indignação diante das péssimas condições dos serviços oferecidos.

Na sequência discursiva da RD3: “estou há 4 meses esperando a radioterapia” o *efeito de sentido* é de impotência, perante a falta de recursos, para buscar outras alternativas para o tratamento, na rede privada .

Nos recortes discursivos que se seguem (RD4, RD5 e RD6) há um conjunto de discursos que se inscrevem em outra *posição-sujeito*, PS2, enunciados por sujeitos que se manifestam favoráveis ao SUS destacando seus pontos positivos, louvando os êxitos e defendendo o Sistema Único de Saúde:

(RD4) O meu tratamento custaria algo em torno de R\$12.000,00 por mês. Isso mesmo: 12 mil reais. “Custaria” porque eu recebo os remédios pelo SUS. Sabe o SUS?! O Sistema Único de Saúde? Aquele lugar nefasto para onde as pessoas econômica e socialmente privilegiadas estão fazendo piada e mandando o ex-presidente Lula ir se tratar do recém descoberto câncer? Pois é, o Brasil é o único país do mundo que distribui gratuitamente o tratamento que eu faço para Esclerose Múltipla. Atenção: o ÚNICO. [...] Todos os remédios para doenças incuráveis no Brasil são distribuídos pelo SUS. E não, corrupção não é exclusividade do Brasil. O maior especialista em Esclerose Múltipla do Brasil atende no HC, que é do SUS, num ambulatório especial para a doença. De graça, ou melhor, pago pelos impostos que a gente reclama em pagar. [...]. (Discurso de usuária do SUS postado no *Facebook* no dia 01/11/2001).

(RD5) Tenho lido algumas falas sobre a saúde brasileira... Quem nunca usou o SUS deve estar pensando, "se precisar, vou morrer". Calma, aí, gente! Não é bem assim: muita gente, mais muita gente mesmo, vem sendo atendida, e bem atendida pelo SUS. E não estou falando da boca pra fora. Meu pai, que há 120 dias sofreu um AVC e está numa cama com poucas chances de recuperação, há cerca de dois meses vem tendo todas as suas despesas cobertas pelo SUS. [...] Sim, a estrutura do SUS é gigantesca no Brasil. E, a propósito disso, penso que é preciso ter coragem de dizer: em nenhum outro lugar do mundo (eu disse do mundo), há um país com quase 200 milhões de pessoas e um sistema universal e gratuito de saúde. Ou seja, o problema não é o SUS propriamente dito, mas os problemas que o SUS enfrenta para ser um bom SUS. (Discurso de usuário do SUS postado no *Facebook* no dia 03/06/2013)

(RD6) O SUS tem problemas? Pode até ter. Mas é um programa que poucos pouquíssimos países no mundo têm. Naquela "megapotência" que todos adoram endeusar e dizer que é o melhor país do mundo, quem não tiver plano de saúde tá ferrado. Eu tenho orgulho de viver em um país que tem o SUS. (Discurso de usuário do SUS postado no *Facebook* no dia 03/06/2013).

As sequências recortadas de RD4 e RD5: “eu recebo os remédios pelo SUS”, “o Brasil é o único país do mundo que distribui gratuitamente o tratamento que eu faço para Esclerose Múltipla”, “Todos os remédios para doenças incuráveis no Brasil são distribuídos pelo SUS”, “O maior especialista em Esclerose Múltipla no Brasil atende no HC, que é do SUS”, “De graça”, “muita gente [...] vem sendo atendida [...] bem atendida pelo SUS”, “Meu pai [...] vem tendo todas as suas despesas cobertas pelo SUS” instauram um *efeito de sentido* de satisfação perante a qualidade do tratamento obtido através do Sistema.

Em RD5 e RD6 as sequências “a estrutura do SUS é gigantesca no Brasil”, “em nenhum outro lugar do mundo [...] há um país com quase 200 milhões de pessoas e um sistema universal gratuito de saúde”, “O SUS tem problemas? Pode até ter. Mas é um programa que poucos países no mundo têm”, “Eu tenho orgulho em viver em um país que tem o SUS” instauram um *efeito de sentido* de privilégio, diante da vantagem de se ter um Sistema de Saúde público, no Brasil, em relação a outros países.

2.5 O *interdiscurso*

Em *Semântica e Discurso*, Pêcheux irá enfatizar o papel da *ideologia* e do inconsciente nas *produções discursivas* e na constituição do *sujeito*. Nesta fase o linguista irá afirmar que, o *discurso* dos *sujeitos* se constitui a partir de formulações provenientes de outros discursos, que emergem na exterioridade, e são produzidos no interior de uma formação discursiva (FD) com a qual o sujeito se identifica. O discurso do sujeito se relaciona ao *interdiscurso* que fornece elementos *pré-construídos* que o sustentam.

Os *pré-construídos*, um dos elementos do *interdiscurso*, correspondem ao *sempre já aí* da interpelação ideológica (PÊCHEUX, 2014, p. 151) que impõe a realidade e seus sentidos aos *sujeitos*. Isso reitera o fato de que em todo discurso “[...] algo fala (*ça parle*) sempre antes, em outro lugar e independentemente” (*Idem*, p. 149). O *interdiscurso* considerado desse modo equivale, assim, ao *já-dito* (*Idem*, p. 154).

Os discursos se constituem, desse modo, a partir de um *já-dito*, proveniente de outro discurso. Portanto, não existe um *discurso* de origem absoluta. Ao se colocarem os elementos em uma nova situação discursiva, mudam-se as *condições de produção*. Conseqüentemente, a interpretação desses elementos recebe um novo *sentido*.

Tomando por base o pensamento de Pêcheux, passamos a examinar os recortes a seguir:

- (RD1) [...] não dando nenhuma importância [...] mandando apenas sentar e esperar a ordem de chegada, pois não existe emergência [...]
 (RD2) [...] amargamos horas sem atendimento meu deus q descasso com ser humano[...]

(RD3) [...] estou há 4 meses esperando a radioterapia[...]

Embora produzidas em diferentes *condições de produção* - o primeiro recorte é a fala de um pai que aguarda atendimento para filha. A segunda situação discursiva refere-se a uma filha que busca atendimento para a mãe e a terceira enunciação é de um sujeito falando em causa própria, sobre a longa espera por tratamento - podemos verificar a repetição de alguns dizeres nos discursos RD1, RD2 e RD3, conforme explicitamos a seguir:

(RD1) sentar e esperar [...] pois não existe emergência [...]
(RD2) [...] horas sem atendimento [...]
(RD3) [...] há 4 meses esperando [...]

Quadro 5: Sequências discursivas com efeitos de sentidos semelhantes

Considerando os recortes discursivos do Quadro 5 verificamos a recorrência do sintagma verbal “esperar”, atualizado na RD2 pela formulação “horas sem atendimento”, cujo *efeito de sentido* permanece como “aguardar, esperar”. Desse modo, essas discursividades ressoam de modo semelhante, parecendo reformulações de um mesmo dizer, semelhante à *paráfrases* muitas vezes ouvidas e repetidas pelos sujeitos.

Se considerarmos que esses discursos foram enunciados em *condições de produção* distintas, podemos depreender que os dizeres estão sedimentados no *interdiscurso*, que ressoam de outras formulações *já-ditas*, ouvidas e repetidas pelos sujeitos. Podemos verificar, assim, que as formulações dos sujeitos estão vinculadas à mesma *rede de sentidos* que aponta para o mesmo discurso historicamente construído em torno dos maus serviços prestados pelo SUS.

Bravo (2006, p. 100) aponta a origem do descontentamento dos usuários do SUS no início nos governos neoliberais da década de 90. Para a autora:

A proposta de Política de Saúde, construída na década de 80, tem sido desconstruída. A saúde fica vinculada ao mercado, enfatizando-se as parcerias com a sociedade civil, responsabilizando a mesma para assumir os custos da crise. A refilantropização é uma de suas manifestações com a utilização de agentes comunitários e cuidadores para realizarem atividades profissionais, com o objetivo de reduzir custos.

Levando em consideração a observação da estudiosa, podemos afirmar que o discurso sobre o mau funcionamento do SUS tem início na década de 90, sendo repetido por meio de diversos *já-ditos* que chegaram até a atualidade.

Passamos a observar as sequências (RD7) e (RD8) que se seguem:

(RD7) [...] hospitais públicos caindo aos pedaços [...] Hospitais sem elevador, centro cirúrgico, sem banco de sangue, sem estrutura e pessoal de laboratório, sem luva, sem gaze, sem dipirona, sem ambulância, sem raio x, sem tomografia, sem mamografia, sem CTIs, sem ultrassom.

(RD8) [...] Penúria dos hospitais e santas casas beneficentes.

Quadro 6 Sequências discursivas que evidenciam o interdiscurso:

Nos recortes discursivos do Quadro 6 podemos observar, outra vez, a mesma recorrência de elementos que irrompe pelo viés do *interdiscurso* que aqui aparece como um espaço de repetição (“caindo aos pedaços / penúria dos hospitais”). Compreendido como *já-ditos*, *pré-construídos* e *paráfrases* de um mesmo dizer, o *interdiscurso* mantém a estabilização dos discursos nos recortes analisados.

Concluindo, observamos nos recortes analisados a repetição de certos elementos que irrompem nos discursos dos sujeitos, parafrazeados num espaço de repetição e retomadas, conforme demonstramos. Esta repetição é garantida pelo *interdiscurso* que mantém a regularidade pré-existente.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao chegar ao término desta pesquisa intitulada “O sujeito no discurso sobre o Sistema Único de Saúde (SUS): um recorte do *Facebook*”, passamos a refletir sobre as principais questões que nortearam todo o processo de investigação deste estudo, quais sejam: *Quem é o sujeito enunciatador dos discursos recortados do Facebook? Quais os efeitos de sentido perpassam as suas práticas discursivas? Os sujeitos discursivos se inscrevem em uma única formação discursiva, constituindo uma única posição-sujeito que se identifica à mesma FD? Há evidência de interdiscurso atravessando essas discursividades?*

Buscando responder as perguntas de pesquisa, acima referidas, e a partir de nossas tomadas de posição como analistas, analisamos 8 (oito) recortes discursivos, extraídos do *Facebook*. O exame desse *corpus* nos permitiu constatar que o sujeito enunciatador dos discursos recortados do *Facebook* sobre o SUS (no universo deste estudo) encontra-se inscrito em dois grupos distintos, aqui compreendidos como representativos da voz da sociedade brasileira: o primeiro identificado ao grupo de **usuários do SUS**, e o **segundo** ao dos **profissionais que integram o Sistema Único de Saúde**, do ponto de vista técnico e administrativo. Nesse aspecto, os sujeitos inscritos nesse segundo grupo podem ser compreendidos na perspectiva de *vozes autorizadas*, pois podem enunciar a partir da *posição social* de *porta-vozes* do Sistema, o que não acontece com os inscritos no primeiro grupo.

Refletindo sobre a outra questão - *Os sujeitos discursivos se inscrevem em uma única formação discursiva, constituindo uma única posição-sujeito que se identifica à mesma FD?*- podemos afirmar que, pelas características que os distingue (usuários do Sistema X vozes autorizadas do Sistema) esses dois grupos de sujeitos podem ser individuados em duas *formações discursivas* (FD) diferentes: FD1 e FD2. A primeira com a qual se identificam todos os usuários do SUS e a segunda na qual se inscrevem todos os *sujeitos* que prestam serviços ao Sistema, na área médica e administrativa.

A análise dos recortes discursivos nos permitiu, ainda, verificar que a FD1 inscreve duas *posições-sujeito* (PS), uma favorável aos serviços prestados pelo SUS, a qual individualizamos como PS1, e outra desfavorável, caracterizada pelas críticas que tece ao desempenho do Sistema, individualizada como PS2. Desse modo, podemos afirmar que a FD1 é caracterizada pela *heterogeneidade* presente nas duas *posições-sujeito* (PS1 e PS2) que nela se inscrevem

Quanto à FD2, embora nela se inscrevam os portadores de *vozes autorizadas* pelo Sistema (médica e diretor de hospital), essa *formação discursiva* inscreve uma única *posição-sujeito*, que enuncia discursos desfavoráveis ao SUS (portanto identificada à PS1 da FD1), no

que se refere às condições mínimas necessárias para o funcionamento do Sistema. A presença dessas vozes dissonantes revela, assim, a existência de um antagonismo no interior dessa FD que aponta para as seguintes conclusões:

a) os sujeitos inscritos na FD2 (médica e diretor do hospital) não estão *plenamente identificados* à FD2 na qual se inscrevem. Todavia, não há também um processo de *desidentificação*, pois embora o sujeito critique o Sistema Único de Saúde não há indícios de que tenha migrado para outra FD. O que irá acontecer é um processo de *contra-identificação* que não retira a *forma-sujeito* da posição dominante que ocupa na *formação discursiva*. (INDURSKY, 2008, p. 26). Desse modo, embora o sujeito enuncie discursos negativos contra o SUS, não migra de uma FD a outra, permanecendo na mesma FD2 e configurando-se apenas como uma *posição-sujeito* contrária, no interior dessa mesma FD;

b) esse fato comprova que uma FD não é um espaço fechado, podendo ser invadida por discursos provenientes de outras FD que se repetem nela (PÊCHEUX, [1983], 1997c, p. 314) na perspectiva do *interdiscurso*;

c) observa-se, assim, a existência de uma oscilação de sentidos que vão de uma FD a outra, revelando a existência de um embate ideológico compreendido na perspectiva de *relação de forças*, tanto na FD1 quanto na FD2.

O exame de todas essas questões nos revelam, portanto, que *os sujeitos discursivos não se inscrevem em uma única formação discursiva. nao se identificando, também, à mesma posição-sujeito.*

A análise dos *efeitos de sentido que perpassam as práticas discursivas* dos sujeitos reiteram a existência do embate ideológico, já mencionado, de *posições-sujeito* contrárias e dissonantes no interior das FD analisadas. Assim, nas *posições-sujeito* que se inscrevem na PS1 os enunciados instauram *efeitos de sentido* de desprezo, descaso, omissão, indiferença, caos, entre outros. Esses efeitos são responsáveis pela construção de um discurso desfavorável ao desempenho do SUS. Em contrapartida, nos discursos que compreendem a PS2 os *efeitos de sentido* são de satisfação e privilégio, instaurando um discurso positivo ao trabalho desenvolvido pelo SUS.

A reflexão sobre os *efeitos de sentido* identificados nos oito recortes nos levam a concluir que os *discursos* dos *sujeitos* enunciadorees inscritos na PS1 são atravessados pelo *interdiscurso*, compreendido na perspectiva da retomada de formulações enunciadas, ditas e esquecidas, na perspectiva do esquecimento nº1, e com as quais o *sujeito* se identifica e que repete como se fosse a fonte do seu dizer, o senhor absoluto de seu discurso. Isto se dá pelo viés dos *já-ditos, pré-construídos e paráfrases*, apontados nas análises. O exame das

discursividades mostrou, assim, a *evidência de interdiscurso atravessando essas discursividade*, garantindo a estabilização dos discursos e a manutenção da regularidade pré-existente.

Como toda pesquisa em AD, nossas conclusões não são definitivas, nem as únicas a que se pode chegar; as possibilidades de estudos e novas interpretações dentro da teoria de Michel Pêcheux são inúmeras e configuram um convite à constantes indagações e reformulações. A própria rede social *Facebook*, da qual extraímos o nosso *corpus*, também se apresenta como um campo fecundo para investigações tanto no campo teórico da AD como em outras áreas, pois dela podemos extrair uma série de discursos enunciados por *sujeitos* inscritos em diferentes *formações discursivas* e provenientes de diferentes *lugares sociais*.

Esperamos que nossas reflexões a respeito do sujeito enunciativo das redes sociais, venham contribuir para os estudos da AD e instigar novos pesquisadores a tecerem seus próprios questionamentos e formas de abordagem.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AGUERO, Rosemere de Almeida. *Discursos, memória e fabricação/construção discursiva da identidade: os brasiguaios nos dois lados da linha*. Porto Alegre : UFRGS, 2014.

ARENDT, Hannah. *A Condição Humana*. Trad. Roberto Raposo. 10 ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2005. p.188.

BARONAS, Roberto Leiser. Efeito de sentido de pertencimento à análise de discurso. Disponível em: <
<http://www.ufrgs.br/analisedodiscurso/anaisdosead/2SEAD/SIMPOSIOS/RobertoLeiserBaronas.pdf>>. Acesso em 1º de novembro de 2016.

BERTOLLI FILHO, Cláudio. *História da Saúde Pública no Brasil*. 11. ed. São Paulo: Ática, 2008.

BRASIL. *Constituição da República Federativa do Brasil*. 35. ed. Brasília: Edições Câmara, 2012.

_____. Decreto 5.090, de 20 de maio de 2004 – Regulamenta a Lei no 10.858, de 13 de abril de 2004, e institui o programa “Farmácia Popular do Brasil”, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, n. 97, seção 1, p. 6, 21 mai. 2004.

_____. Lei 10.858, de 13 de abril de 2004 – Autoriza a Fundação Oswaldo Cruz - Fiocruz a disponibilizar medicamentos, mediante ressarcimento, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, n. 71, seção I, p. 1, 14 abr. 2004

_____. Medida Provisória nº 621, de 8 de julho de 2013. Institui o Programa Mais Médicos e dá outras providências. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, seção 1, p.1-3, 9 jul. 2013.

_____. Ministério da Saúde. *Plano Nacional de Saúde: um pacto pela saúde do Brasil: Síntese*. Brasília, Ministério da Saúde, 2005.

_____. Ministério da Saúde. *Mais Médicos. Resultados para o país*. Disponível em:<
<http://maismedicos.gov.br/resultados-para-o-pais>>. Acesso em 15 de julho de 2016.

_____. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo demográfico 2010. Disponível em:<
<http://7a12.ibge.gov.br/vamos-conhecer-o-brasil/nosso-povo/caracteristicas-da-populacao.html>>. Acesso em 15 de julho de 2016.

BRAVO, Maria Inês Souza. Política de Saúde no Brasil. *In Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional*. São Paulo: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2006. p. 88-110.

CASTELLS, Manuel. *A galáxia da internet: reflexões sobre a internet, os negócios e a sociedade*. Trad. Maria Luiz X. de A. Borges. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2003.

CLEARY, Isabel. *Conflitos Urbanos: Revolta da Vacina (1904)*. Revista Pré-Univesp, Universidade Virtual do Estado de São Paulo, n.59, 5/2016.

CORREIA, Pedro Miguel Alves Ribeiro; MOREIRA, Maria Faia Rafael. *Novas formas de comunicação : história do Facebook – Uma história necessariamente breve*. Alceu - Revista

de Comunicação, Cultura e Política da Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, v. 4, n. 28, p. 168-187, jan/jun. 2014

COURTINE, Jean-Jacques. *Análise do discurso político: o discurso comunista endereçado aos cristãos*. 1981. Trad. Cristina de Campos Velho Birk *et al.* São Carlos: EDUFSCAR, 2009.

_____. *Metamorfose do discurso político: as derivas da fala pública*. Trad. Milton Milanez e Carlos Piovezani. São Carlos: Claraluz, 2006.

FACEBOOK, Facebook para empresas, 2015. Disponível em: <<https://www.facebook.com/business/news/BR-45-da-populacao-brasileira-acessa-o-Facebook-pelo-menos-uma-vez-ao-mes>>. Acesso em 20 de setembro de 2016.

GUIA DE DIREITOS. *SUS- Sistema Único de Saúde*. Disponível em: <http://www.guiadedireitos.org/index.php?option=com_content&view=article&id=11&Itemid=32>. Acesso em 14 de julho de 2016.

INDURSKY, Freda. Unicidade, desdobramento, fragmentação: a trajetória da noção de sujeito em *Análise do Discurso*. Porto Alegre, Ensaios: *Práticas Discursivas e Identitárias – Sujeito e Língua*. V. 22, p. 9-33, Revista do PPG Letras da UFRGS, 2008,

MACHADO, Cristiane Vieira; BAPTISTA, Tatiana Wargas de Faria; NOGUEIRA, Carolina de Oliveira. *Políticas de saúde no Brasil nos anos 2000: a agenda federal de prioridades*. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 27, n. 3, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2011000300012>. Acesso em 14 de julho de 2016.

MALDIDIER, Denise. A inquietação do Discurso – (Re) ler Michel Pêcheux hoje. Trad. Eni P. Orlandi. Campinas: Pontes, 2003.

PÊCHEUX, Michel. *Semântica e discurso: uma crítica à afirmação do óbvio* (1975). Trad. Eni Puccinelli Orlandi *et al.* 5 ed. Campinas: Editora da Unicamp, 2014.

_____. *O discurso: estrutura ou acontecimento* (1983). Trad. Eni Pulccinelli Orlandi, 3. ed. Campinas: Pontes, 2002.

_____. *Sobre a (des) construção da teoria linguística* (1982). In.: Cadernos de Tradução do Instituto de Letras da UFRGS – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, n.4, out., 1998, p.35-55.

_____. *Análise Automática do Discurso (AAD-69)*. In.: Gadet, Françoise e Hak, Tony. (Orgs.) *Por uma análise automática do discurso: uma introdução à obra de Michel Pêcheux*. Trad. Bethania S. Mariani *et al.* 3. ed. Campinas: Editora da Unicamp, 1997a.

_____. E FUCHS, Catherine. A propósito da análise automática do discurso: atualização e perspectivas (1975). In.: GADET, Françoise e HAK, Tony. (Orgs.). *Por uma análise automática do discurso: uma introdução à obra de Michel Pêcheux*. Trad. Bethania S. Mariani *et al.* 3. ed. Campinas: Editora da Unicamp, 1997b, p.163-252.

_____. *A análise do discurso: três épocas* (1983). In.: GADET, Françoise e HAK, Tony. (Orgs.). *Por uma análise automática do discurso: uma introdução à obra de Michel Pêcheux*. Trad. Bethania S. Mariane *et al.* 3. ed., Campinas: Editora da Unicamp, 1997c, p. 311-19.

POLIGNANO, Marcus Vinícius. *História das políticas de saúde no Brasil: uma pequena revisão*. Cadernos do Internato Rural-Faculdade de Medicina/UFMG, v. 35, 2001.

PORTAL DA SAÚDE. *Mostra Virtual SUS 20 anos: a saúde do Brasil*. Disponível em: <<http://www.ccs.saude.gov.br/SUS20Anos/mostra/index.html>>. Acesso em 19 de julho de 2016.

SILVA, Vinícios Rodrigues Cyriaco da. *Programa Mais Médicos*. São Paulo: Editora ABRIL, edição 2337 - ano 46 nº- 36/2013. Disponível em: <http://vinciuscyraco.jusbrasil.com.br/artigos/112098271/programa-mais-medicos>. Acesso em 15 de julho de 2016.

ANEXOS

CORPUS



Página inicial 20+

março
Adicionar aos amigos
Seguir



4 de março ·

POPULAÇÃO BONITENSE PEDE SOCORRO

Ontem dia 03-03-2016 quinta feira as 18 horas, Fui ao 
 com minha Filha  com apenas 4 anos, pois a mesma
 Brincando caiu e Fraturou sua perna Direita em dois lugares, chegando ao
 Hospital um recepcionista não sei o nome fez a ficha com a cara, fechada
 não dando nenhuma importância ao Grave acidente que aconteceu com
 minha filha mandando apenas sentar e esperar a ordem de chegada, pois
 não existe emergência...ficamos na recepção 2 horas e meia para atender a
 pequena que chorava e pedia Socorro e Ninguém fazia NADA...Senhor
 presidente do Hospita  Dê uma olhada com Carinho ...senhor
 Prefeito  vice  e a vcs Vereador 

 e aos demais vereadoresHoje minha Filha amanhã pode
 ser a SUA....O que eu vi na recepção ontem foi uma falta de
 responsabilidade, uma falta de amor ao Próximo mulheres Grávidas
 chorando e rolando naquele sofá, outra Vomitando, outra até
 convencionando...Somente uma médica atendendo....porque não deixa
 sempre um Médico sobre aviso para estes dias de correrias com fluxos altos
 de pacientes...Não tem um Ortopedista Atendendo na Cidade tem esperar 5
 dias um ortopedista para avaliar e enjessar.....Vergonhoso...Saúde tem que
 der tratada com Respeito... Cade o nosso Dr Ortopedista da Cidade 
 que sempre atendeu nós com todos Carinho....Amigos desculpa
 desabafo de um Pai...amigo que não esta falando somente pela minha
 familia.....



Página inicial 20+

2016
março



4 de março ·

Revoltande minha com 74 anos de idade fomos ao hopital pq nao estava
 bem amargamos horas sem atemdimento meu deus q descasso com ser
 humano q vivi a vida pagando seus empostos e nao tem prioridade niguem
 vai a hopital fazer passeio e so deus pra nos valer

Curtir
Comentar
Compartilhar



Procure pessoas, coisas e locais

O meu tratamento custaria algo em torno de R\$12.000,00 por mês. Isso mesmo: 12 mil reais. "Custaria" porque eu recebo os remédios pelo SUS. Sabe o SUS?! O Sistema Único de Saúde? Aquele lugar nefasto para onde as pessoas econômica e socialmente privilegiadas estão fazendo piada e mandando o ex-presidente Lula ir se tratar do recém descoberto câncer? Pois é, o Brasil é o único país do mundo que distribui gratuitamente o tratamento que eu faço para Esclerose Múltipla. Atenção: o ÚNICO. Se isso implica em uma carga tributária pesada, eu pago o imposto. Eu e as outras 30.000 pessoas que tem o mesmo problema que eu. É pouca gente? Não vale a pena? Todos os remédios para doenças incuráveis no Brasil são distribuídos pelo SUS. E não, corrupção não é exclusividade do Brasil.

O maior especialista em Esclerose Múltipla do Brasil atende no HC, que é do SUS, num ambulatório especial para a doença. De graça, ou melhor, pago pelos impostos que a gente reclama em pagar. Uma vez a cada seis meses, eu me consulto com ele. É no HC

Procure pessoas, coisas e locais

3 de julho de 2013 ·

VAMOS FALAR DE SAÚDE? (E DO DISCURSO DA MÁFIA BRANCA)
- preparem-se, não é sério falar sério sobre saúde de forma ligeira, então, o texto é longo)

Tenho lido algumas falas sobre a saúde brasileira... Quem nunca usou o SUS deve estar pensando, "se precisar, vou morrer". Calma, ai, gente! Não é bem assim: muita gente, mais muita gente mesmo, vem sendo atendida, e bem atendida pelo SUS. E não estou falando da boca pra fora. Meu pai, que há 120 dias sofreu um AVC e está numa cama com poucas chances de recuperação, há cerca de dois meses vem tendo todas as suas despesas cobertas pelo SUS. Sim, no início foi difícil, tivemos que pagar bem caro pelo atendimento, mas conseguimos migrar para o SUS e o tratamento está excelente.

Se o SUS não atendesse um monte de gente, seria fácil conseguir rapidamente uma consulta especializada, remédios e leitos.

Sim, a estrutura do SUS é gigantesca no Brasil. E, a propósito disso, penso que é preciso ter coragem de dizer: em nenhum outro lugar do mundo (eu disse do mundo), há um país com quase 200 milhões de pessoas e um sistema universal e gratuito de saúde. Ou seja, o problema não é o SUS propriamente dito, mas os problemas que o SUS enfrenta para ser um bom SUS.

  O SUS tem problemas? Pode até ter. Mas é um programa que poucos pouquíssimos países no mundo têm. Naquela "megapotência" que todos adoram endeusar e dizer que é o melhor país do mundo, quem não tiver plano de saúde tá ferrado. Eu tenho orgulho de viver em um país que tem o SUS.

3 de julho de 2013 às 18:33 · Curtir ·  1

 

 Curtir  Seguir  Enviar mensagem  Mais ▾

ela denuncia as condições precárias de trabalho de médicos principalmente em cidades do interior.

“Os hospitais públicos estão caindo aos pedaços (e alguns caindo por inteiro até), saqueados pelo desvio de verba, pelas licitações fraudulentas, pela troca de favores, pelas obras superfaturadas que nunca terminam ou nem começaram, pela má administração do dinheiro público! Hospitais sem elevador, centro cirúrgico, sem banco de sangue, sem estrutura e pessoal de laboratório, sem luva, sem gaze, sem dipirona, sem ambulância, sem raio x, sem tomografia, sem mamografia, sem CTIs, sem ultrassom”,

  compartilhou a publicação de  ▾

1 de setembro · 

Igual a nossa situação...05 anos sem aumento do SUS, e com 98% do nosso atendimento feito para ele. Penúria dos hospitais e santas casas beneficentes!