



REVISTA DE SAÚDE COLETIVA DA UEFS

ARTIGO

DISCURSOS DE TRABALHADORES DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA SOBRE O SUS *DISCOURSES OF THE FAMILY HEALTH STRATEGY WORKERS ABOUT THE SUS*

THEREZA CHRISTINA BAHIA COELHO¹; TÂNIA MARIA DE ARAÚJO¹; TATIANE SANTOS COUTO DE ALMEIDA²;
ELAINE ANDRADE LEAL SILVA³; DEISY VITAL DOS SANTOS³

1 - Professora Titular da Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS), Bahia, Brasil.

2 - Professora Assistente da Faculdade Maria Milza (FAMAM), Governador Mangabeira-BA, Brasil.

3 - Professora Assistente da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia (UFRB), Cachoeira-BA, Brasil.

RESUMO

O Sistema Único de Saúde (SUS) pode ser entendido como arena semântica e política que articula práticas hegemônicas e contra-hegemônicas. Este artigo objetivou identificar e analisar discursos sobre o que é o SUS, nas falas de 51 trabalhadores de 12 unidades da Estratégia Saúde da Família de dois municípios. Foram identificados cinco discursos: Bonito na Teoria; Melhor Plano de Saúde; SUS Necessário, mas Imaturo; SUS para Pobres; e Je-SUS. Os discursos se apresentaram puros ou entrelaçados. O Discurso Bonito na Teoria ou Bonito no Papel, contrapunha teoria à prática, como momentos conflitantes e não complementares, mostrando-se variação do mesmo discurso difundido na mídia como: Na Teoria, a Prática é outra. Antagônico às lutas anti-autoritárias que consagraram a Reforma Sanitária como construção libertária esse discurso revelou a necessidade de se desconstruir argumentos ideológicos que contradizem as práticas dos trabalhadores do SUS.

Palavras-chave: Sistemas de Saúde; Análise de Discurso; Saúde da Família; Trabalhadores de Saúde.

ABSTRACT

The Unified Health System (SUS) can be thought as a semantic and political arena that articulates hegemonic and counter-hegemonic practices. This article aimed to identify and analyze the discourses about the SUS in 51 workers' speeches of 12 Family Health Strategy units in two cities. Five kinds of discourses were identified: Beautiful in Theory; Best Health Plan; Needed SUS, but imature; SUS for the Poor; and Je-SUS. These discourses were presented either alone or mixed. The discourse Beautiful in Theory or Beautiful on the Paper presented theory as conflicted with practice and not as complementary moments, emerged like a variation of the discourse published in press: In theory, the practice is another one. Antagonistic to the anti-authoritarian struggles that made the Sanitarian Reform a libertarian construction, this discourse points to the need of deconstructing the ideological statements that contradict the health workers practice.

Keywords: Health Care Systems; Discourse Analysis; Family Health; Health Workers.

INTRODUÇÃO

O SUS é um conjunto articulado de serviços e ações, formado por organizações públicas e serviços privados, que busca garantir a atenção à saúde aos seus usuários. Pode ser entendido como uma política de Estado construída por forças sociais que compuseram a Reforma Sanitária Brasileira¹. Apesar dos avanços obtidos com o SUS, há problemas que se colocam como desafios para a sua consolidação, dentre eles: regionalização, acesso, fragmentação das políticas e programas, qualificação da gestão, universalização, financiamento, mudança do modelo de atenção, precarização do trabalho e participação social².

Um novo modelo de atenção à saúde envolve mudança de posturas e construção de identidades coletivas de trabalho que reconheçam os produtos da sua ação como válidos e úteis. A distância entre os princípios norteadores e a organização concreta dos serviços³ tem instigando pesquisadores a refletirem sobre a diversidade de concepções que movimentam as políticas, a gestão e o cuidado.

Uma das tipologias mais conhecidas sobre o SUS é proposta por Paim⁴ e inclui: o SUS Legal, definido pela Constituição Federal e demais instrumentos legais e normativos; o SUS Real, patrocinado pelas políticas econômicas dos governos que priorizam a saúde apenas nos anos pré-eleitorais; o SUS para Pobre, que opera sob a lógica das políticas focalizadas; e o



SUS Democrático gestado pela Reforma Sanitária e sustentado pelos atores que a defendem.

No SUS Legal, o Estado, mediante políticas sociais e econômicas, deve desenvolver ações de promoção, proteção e recuperação equitativas, universais, integrais e eficientes para a redução de riscos e danos decorrentes de doenças e outros agravos. Os serviços devem ser articulados em redes hierarquizadas por grau de complexidade, cabendo à Atenção Primária em Saúde (APS) o primeiro nível de atenção às necessidades em saúde¹.

A Atenção Básica (AB), no Brasil, é o espaço privilegiado de produção da APS, e a Estratégia Saúde da Família (ESF) se constitui no principal instrumento do SUS para a operacionalização das ações nesse âmbito. Tal responsabilidade resulta em grandes desafios, uma vez que a mudança das práticas deve se dar *pari passu* com a aquisição de novas competências e habilidades, com uso de amplo leque de tecnologias médicas e não médicas.

Desse modo, os trabalhadores de saúde enfrentam problemas relacionados não apenas ao processo de trabalho das equipes, mas aos efeitos que uma política de gestão do trabalho ainda incipiente pode causar. A despeito dos inúmeros dispositivos produzidos pelo SUS, problemas como a alta rotatividade, precariedade de vínculos e descuido com a saúde dos trabalhadores de saúde persistem. A ênfase se mantém na qualificação, deixando em aberto os impasses que condições de trabalho promovem, gerando insatisfação, baixo comprometimento e resistência às mudanças que a proposta doutrinária de um SUS Democrático busca engendrar.

Essas dificuldades aumentam as brechas por onde se insinuam discursos autoritários remanescentes do período em que o acesso aos serviços de saúde, no Brasil, era restrito aos trabalhadores de carteira assinada, ou aos que podiam pagar diretamente pela atenção médica. Esses discursos se apropriam de concepções presentes na linguagem cotidiana e acadêmica, e disseminam ideias com conteúdos ideológicos, políticos, e sociais antagônicos aos princípios que fundamentam as práticas do SUS. Por outro lado, as determinações política, ideológica e social são elementos fundantes que constituem as identidades profissionais em cada aspecto particular das suas práticas.

Pensar, valorar, dizer e agir são momentos nem sempre distintos, que reproduzem, na forma de discurso ou contra-discurso, as práticas sociais do trabalho e dão suporte às relações de poder presentes tanto no interior destas práticas, quanto no tecido social mais amplo.

Entendendo-se a AB como campo discursivo privilegiado para se conhecer as práticas articulatórias hegemônicas e contra-hegemônicas da saúde pública no Brasil, esse estudo objetivou identificar e analisar os discursos sobre o SUS sustentados por trabalhadores de unidades da ESF.

METODOLOGIA

Alguns autores têm estudado as concepções relacionadas à participação de atores sociais do SUS, enquanto

Discursos da Saúde Coletiva⁵. Este estudo, diferentemente, insere-se em uma perspectiva denominada Análise Crítica do Discurso^{6,7} (ACD). Essa abordagem corresponde a um movimento interdisciplinar de pesquisa orientado por problemas sociais de alta complexidade, com a assunção de que as macro e micro relações de poder são discursivas, os discursos são históricos e constituem a sociedade e a cultura.

Foucault⁸ distingue a análise da linguagem da Análise do Discurso. A língua (*la langue*) compreende um sistema de declarações possíveis, um corpo finito de regras que autoriza um número infinito de performances, a partir de um determinado lugar. Foucault entende discurso como declarações que têm suporte numa mesma formação histórica com condições de existência anteriormente dadas e a prática discursiva como determinada, no tempo e espaço, por um conjunto de regras anônimas.

As ideologias se expressariam em um tipo de prática discursiva que co-existiria com outras práticas sociais, daí a relevância do uso de duas noções associadas ao conceito de poder: dominação e resistência⁹. Ambas as noções estão presentes no conceito de hegemonia e inscritas no campo das práticas articulatórias capazes de produzir excedente de sentido (efeito metonímico), na perspectiva de Laclau e Mouffe¹⁰.

[...] we call articulation any practice establishing a relation among elements such that their identity is modified as a result of articulatory practice. The structured totality resulted from the articulatory practice, we will call discourse. (p. 105)

Anatureza mais aberta do sujeito das práticas discursivas, desse modo, estaria em acordo com o deslocamento de posição e de sentido. Para Pêcheux¹¹, as ideologias dominadas são formadas a partir da ideologia dominadora. Isto significa pressupor a existência de rachaduras em qualquer ritual onde se inscrevem as práticas ideológicas por onde se insinuariam as resistências, que podem ser expressas por comportamentos ou por “equívocos” de entendimento, desvios, inversões e deslocamentos de sentido.

Os recursos operados pela resistência, no discurso revolucionário ou contra-revolucionário, seriam uma forma de quebra de ritual ou transgressão de fronteiras que possibilitaria (ou não) a saída da repetição e a produção do acontecimento histórico.

A ACD requer explicitação do conceito de ideologia. Neste estudo, compreende-se ideologia como representações imaginárias do sujeito sobre “suas condições reais de existência”¹² (p.36). Sustentadas na luta de classes em dada formação social, as representações se constituem de proposições falsas ou verdadeiras, ou mesclam conteúdos parcialmente falsos e verdadeiros de modo a produzir efeitos de legitimação de práticas de dominação. A ideologia se inscreve no interior de discursos que atingem os pontos onde o poder pode melhor atuar¹³.

Zizek¹⁴ ressalta o cinismo como modo privilegiado da dominação na atualidade, que para ser eficiente deve-se ocultar na forma de ideologia, ou mesmo na falsa aparência de ausência ideológica.

A partir dessas premissas e do entendimento de que as dificuldades inerentes ao conceito de ideologia não devem impedir o uso dessa ferramenta crítica, buscou-se analisar os discursos sobre o SUS de 51 trabalhadores de 12 Unidades de Saúde da Família (USF) de dois municípios da Bahia: um de médio porte (M1), com 22 entrevistados em 4 unidades; e outro de grande porte (M2), com 29 entrevistados em 8 unidades. Os entrevistados estavam assim distribuídos: 17 Agentes Comunitários de Saúde, 12 Enfermeiros, 8 Profissionais de Nível Técnico - Auxiliar de Enfermagem e Técnico de Higiene Bucal, 7 Médicos, e 7 Cirurgiões-Dentistas. Foram incluídos no estudo os trabalhadores que estavam na USF há mais de seis meses. Para garantir o anonimato, os participantes foram identificados por pseudônimos indicando ordem e município: E1M1, E2M2, e assim, sucessivamente. A ocupação foi referida no texto quando relevante.

A escolha dos municípios se deu pela conveniência de sediarem as universidades integrantes da pesquisa e pela importância estratégica no SUS (sedes de microrregião e macrorregião de saúde). As USF incluídas tinham equipe mínima completa, sendo organizadas por território do Núcleo de Apoio à Saúde da Família.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UEFS (Protocolo 081/2009) e utilizou entrevistas com roteiro semi-estruturado testado em pesquisa piloto em outro município.

Foram analisados os discursos emergentes das respostas a uma única questão: O que é o SUS para você? Informações sociodemográficas e trajetória profissional foram utilizadas para contextualizar e situar o sujeito no discurso. As entrevistas foram gravadas e transcritas. Após leitura compreensiva, buscou-se identificar enunciados que formavam argumentos de mesmo sentido manifesto.

Cinco discursos predominantes foram identificados e denominados como D1, D2, D3, D4 e D5. Em várias falas, observou-se coexistência de dois ou mais discursos, assim como qualificativos e condições a eles relacionados. Os procedimentos de análise foram revestidos de cuidados com o contexto da enunciação: quem fala, de onde fala, sobre o que fala? Existe um discurso nesta fala? Que ou quais discursos? Para Ricoeur¹⁵, o texto, ele mesmo, impõe a produção de sentidos, criando novas referências para a interpretação.

Uma vez fixados os discursos e suas variantes, procurou-se sua conexão com ideologias agônicas ou antagonônicas ao SUS, presentes na literatura ou em canais midiáticos abertos (blogs, jornais e revistas). Os resultados alcançados não pretendem abarcar todos os sentidos possíveis, mas forjar uma primeira leitura que possibilite reflexões úteis para as práticas e políticas de saúde.

RESULTADOS

Os discursos serão descritos por ordem de recorrência na sua enunciação, mas também, da “negatividade” para a “positividade”. Registra-se que nem sempre foi fácil separar a crítica da finalidade da crítica. Na discussão dos resultados,

a produção discursiva foi retomada em planos reflexivos mais abstratos, envolvendo os conceitos de ideologia e poder.

D1. Bonito na Teoria

O discurso predominante nas falas dos trabalhadores dos municípios estudados traduzia uma crítica do SUS na “prática”, contrapondo-o ao ideal proposto por uma “teoria”. O SUS da teoria e sua variação “Bonito no papel” referiam-se ao SUS legal com seus princípios de universalidade, equidade e integralidade. Muitas enunciações faziam referência a textos acadêmicos amplamente lidos na área de Saúde Coletiva¹⁶, que difundiram os quatro tipos de SUS⁴.

A distância entre o SUS da constituição e a realidade cotidiana adjetivava o SUS, no extremo, como vergonhoso e burocrático, ressaltando o antagonismo entre um sistema de saúde desenhado “no papel”, referido ironicamente como “lindo”, “perfeito”, e outro real, onde as coisas não funcionam. Surpreende a similaridade e a persistência como esse discurso se apresentou em cidades diversas e entre profissionais de equipes distintas. Essa crítica, exposta nos extratos seguintes, foi exemplificada por situações vivenciadas por alguns profissionais na condição de usuários.

O SUS é a questão de **universalização**. É um sistema onde **todos tem direito** e que eu acho que **deveria ser melhor elaborado**. [...] É uma confusão você conseguir uma ficha, até para se vacinar uma criança tem dificuldade. Então, a questão do SUS... tem **uma proposta muito bonita, mas na prática não funciona**. (Ent. 9M2)

Eu acho que o SUS **ele é muito lindo**, né? Ele é **perfeito, se fosse como é no papel**. O SUS, hoje, ele é muito mais **burocrático** [...] **No real**, o SUS tá muito a depender de vontade, de querer de quem pode mais. (Ent. 13M1)

O SUS, propriamente dito pra mim, é **perfeito**. É maravilhoso, muito bonito, porém, **na teoria. Na prática**, eu acho **uma vergonha**, um descaso total. [...] Os dirigentes não estão respeitando o que [...] deveria ser a solução dos problemas de saúde do país. (Ent. 1M1)

É o **susto**. O SUS é **susto**. Porque na verdade, **esse médico daqui**... eu tô... Meu Deus! **Ele pinta o SUS tão bonito e, na verdade**, [...] **quando eu precisei do SUS, pra mim e pro meu filho**, muito difícil mesmo... (Ent. 16M1)

Se alguns discursos se apresentavam prontos, suficientes em sua mensagem, outros apareciam respaldados por teorias explicativas. Especificamente, o entrevistado 13, cirurgião-dentista de M2, atribuía a dificuldade do SUS de sair do papel a um problema cultural do brasileiro. Estaria esta deficiência de formação, “inata”, impedindo o aprendizado de regras sociais, condenando o brasileiro a permanecer na condição de incivilizado, e o SUS, no papel?

Eu sou um pouco cético na questão cultural brasileira, acho que o **brasileiro ele é um pouquinho mal formado** [...] as pessoas não procuram atender as regras sociais pra que a coisa

funcione melhor [...] esse modo de vida do brasileiro acaba afetando o progresso do sistema único de saúde. (Ent. 13M2)

Ontem mesmo eu estava conversando com uma colega que disse: “Olha, o pessoal pensa que o SUS é dado, é uma coisa dada, o pessoal não valoriza. A própria **pessoa não valoriza o SUS**”. (Ent. 10M1)

Por outro lado, a crítica efetuada por Ent.10M1, denuncia a ideia de que apenas o que é pago é bom, de modo a desvalorizar o SUS por ser “gratuito”. Como se a eficiência já estivesse embutida no “ser pago”. Assim, o D1 se mostrou conectado a outro discurso, tributário de uma concepção modelar próxima da ideologia biomédica privatista, que concebe o SUS como um Plano de Saúde governamental e alternativo para quem não pode pagar.

D2. Melhor Plano de Saúde

Definir o SUS como Plano de Saúde é algo que arripia a teoria, embora esta ideia possa estar presente até no alto escalão da gestão¹⁷. O problema com esta definição é que ela define o principal a partir do acessório. Ou seja, realiza uma inversão de valor ao mesmo tempo em que denuncia uma posição. Está claro na Constituição Federal o caráter principal do SUS e o papel complementar e secundário do sistema privado. Entretanto, como os usuários desse segundo segmento representam os grupos sociais de maior poder econômico e político, o SUS termina submetido a uma lógica estranha à sua natureza.

Como ter plano é considerado algo bom - aquisição de quem “pode” pagar – o discurso do SUS como melhor Plano não apenas se revela como um discurso reativo, mas como um consolo (às vezes humilhante) para os que “não podem”.

Fui fazer uma consulta pelo SUS... **Eu cheguei quatro horas da manhã no local e o médico só atende dez pessoas, quando eu cheguei ao balcão ela disse: “Já acabou as fichas. Bem, mas se você estiver com cinquenta reais ele lhe atende”**. No momento eu não estava com dinheiro na mão. Cheguei em casa chateada, aborrecida. (Ent. 6M2)

É um dos melhores planos de saúde que o cidadão tem, porque ele cobre tudo, enquanto tem outros que você vai fazer um exame e não tem. É claro que tem a demora, por causa da demanda de um exame ou de outro, mas [...] pra um cidadão que não tem meios de ter um plano de saúde e até pra os que tem, né? (Ent. 8M2)

A visão do SUS como um plano bom porque tem cobertura abrangente, apesar de “politicamente incorreto”, expressa uma avaliação positiva, ainda que sujeita a predicados restritivos, como excesso de demanda e práticas de diferenciação ostensiva de clientela.

Guardadas as devidas proporções e a distância dos campos da sociologia compreensiva, do pós-estruturalismo e da psicanálise, o discurso do melhor plano remete à teoria de Melaine Klein¹⁸. A constituição de uma disposição social de

base que tome como analogia do cuidado do peito que cuida e alimenta, em oposição ao peito que rejeita e abandona, entende a coexistência de ambos, amalgamada, ou sua clivagem, o que existiria de mais patológico, pois impediria um posicionamento afetivo coerente.

O SUS aparece em enunciados de ACS que compartilham o discurso do melhor plano, gratuito e reconhecido, mundialmente.

Como eu nasci antes do SUS (risos) eu posso dizer bem o que é o SUS. **É um dos melhores planos, a nível mundial.** Nós somos modelo lá fora. Eu acredito no SUS. Então, o SUS é um acesso gratuito pra comunidade. Comparado aos Estados Unidos que os usuários têm que pagar, né? [...] A gente tem **de graça**. (Ent. 22M1)

Na fala de outro entrevistado, o mesmo discurso aparece colado a outros discursos e “comprimido” em um gracejo.

O SUS é um plano de saúde dos **“sovacos e comprimidos” (risos), dos fracos e oprimidos (risos)**. (Ent. 15M2)

O chiste do “sovaco” faz relação às filas, medicalização, ao SUS para fracos e oprimidos e espelha algo da nossa cultura que é o “gozo” com a desgraça própria e alheia. Algo da resiliência em seu sentido menos nobre, pelo que comporta de passividade, de sadismo entre sobre-viventes. O doente, que é afetado (*pathos*) pelo sofrimento, reage com resignação e bom humor quando reelabora seus itinerários terapêuticos. Aqui, então, a clivagem de Melanie Klein encontra uma saída menos patológica, embora ainda preocupante. Os afetos não correspondem às injúrias, que terminam se expressando com suave ironia.

Uma variação do discurso do SUS como Plano de Saúde é o SUS como melhor Programa. Dessa perspectiva colocada adiante como uma promessa surge o D3 que, sem ter a forma plástica dos anteriores, insinua um SUS no meio do caminho.

D3. Necessário, mas Imaturo

O SUS imaturo é justamente aquele que afirma o sistema como bom, mas inacabado, que precisa melhorar. São variações de um discurso que pontua sua necessidade, enquanto proclama um processo atropelado que se estende por conta da sua complexidade. Se não fosse o SUS, o que seria desse povo aí?

O SUS pra mim é... algo emergente! Emergente não, urgente. E que **precisa melhorar**. Mas, **é algo que é bom, pra mim, é algo essencial**. Algo que se não tivesse, com certeza, passaríamos mais dificuldades. Então é algo bom, que é necessário. (Ent. 4M1)

Muitos usuários acham que não precisam do SUS, **mas todo mundo precisa do SUS**, porque tem alguns procedimentos como [...] hemodiálise, vigilância sanitária. Então todo mundo é usuário do SUS. (Ent. 6M1)

Todo mundo precisa, é necessário, é essencial e isso é urgente. Mas, um ato falho faz um deslocamento e qualifica o SUS como emergente. Significaria falta de intimidade com o uso dos qualificativos? Referência à mobilidade social? Ou remetaria à ideia de que o SUS está emergindo, acima dos entraves, e tornando-se real?

As restrições fazem referência a situações de desigualdade distributiva, reafirmam usos desnecessários, atravessamentos, *by passes*, o famoso “jeitinho brasileiro”.

A gente vê algumas dificuldades [...] porque às vezes, a pessoa faz **uso** até, **incorreto**, que prejudica outras pessoas, que [...] não tem necessidade de tal serviço, enquanto tem outro que precisa do serviço e não é beneficiado, [...] **protege um e não outro**. (Ent. 5M2)

O SUS... falta muito ajuste. [...] a **nível de estrutura, a nível de verba Federal, a nível de ter mais hospitais** [...] a coisa é muito maior e tudo passa pela política. A gente sabe que as verbas muitas vezes vêm e não chegam. (Ent. 18M2)

A realidade do caso a caso que ilustra cada formação discursiva parece concordar com o D1 que toma a teoria como algo menor, imaginação ou falsidade. O D3 trata de um SUS “estagnado”, “imobilizado”, “restrito”, preso a dificuldades de natureza variada, mas que, muito insistentemente, explicitam diferenciais de poder que promovem um mau uso dos recursos públicos, seja por políticas eleitoreiras ou desvio de verbas. As questões operacionais de um sistema ainda experimental resultam em ações pautadas por escassez e limitações de acesso a procedimentos diagnósticos e terapêuticos, ainda assim,

[...] é a **salvação de muitos**. Se trabalhar direito, funciona, [...] dá para fazer muita coisa. (Ent. 2M2)

O termo “salvação” indica uma visão positiva, e vai estar presente no D5, mas aponta também para o SUS como recurso último.

D4. Serviço de Saúde para Pobres

O discurso do SUS para pobres, criticando-o ou destacando sua necessidade, remete, de forma recursiva, ao pensamento de que, seja plano ou programa, é um conglomerado de serviços para pessoas de baixa renda. Esse SUS, que se aproxima do SUS Real, seria compatível com a realidade atestada pela experiência de cada um. Quais as implicações desta perspectiva que desafia a proposta de universalidade do nosso sistema e coloca a unicidade de forma tão ambígua?

O SUS pra mim é uma forma que os governantes utilizam para a gente **atender a população carente** em termos de saúde bucal, saúde geral. (Ent. 26M2)

O Sistema Único de Saúde, unificado, que vai **dar acesso a população ao serviço de saúde pra melhoria...**, é **mais próximo da realidade do Brasil, né? Que são pessoas de baixa renda**, que vai dar acesso à pessoa ter maior saúde. (Ent. 2M1)

Os extratos anteriores pertencem a falas de um dentista e um médico. O segundo argumento afirma que o SUS é “mais próximo da realidade do Brasil” que tem pessoas de baixa renda. O sistema, portanto, espelhará a realidade de pobreza de forma “natural” e consequente. Em outro enunciado, o SUS é colocado na condição de “sonho”, em oposição à realidade do SUS para pobres, que se manteria, além de tudo, prisioneiro do modelo biomédico curativista.

(Risos)... Ahh... o SUS é **aquilo que a gente sonha ter**. [...] O Brasil todo está cansado de saber, mas o SUS ainda parece ser a **medicina para os pobres**. (Ent. 7M1)

(Risos)... O que é o SUS pra mim? [...] **O SUS é você promover a saúde**, é você prevenir, **a gente tá fazendo isso?** É você trabalhar pra **ajudar aquelas pessoas que realmente precisam e que não tem como ter o particular**, mas nem sempre funciona. Eu acho que funciona 50%... [...] mas tá indo, um dia a gente chega nos **100%** do SUS. (Ent. 14M1)

O riso chama a atenção. Freud¹⁹, ao analisar os chistes e suas relações com o inconsciente, realça o “prazer” que a percepção da mensagem oculta traz, em situações de interação social entre pessoas que partilham o mesmo universo simbólico. O riso clama por cumplicidade e entendimento por meio da ironia, mas pode significar um *habitus*, ou disposição para estar no jogo (*illusio*), como refere Bourdieu²⁰. O discurso do SUS para os que “realmente precisam”, se conectou ao discurso preventivista.

Assim, o discurso do SUS para pobres ora explica a realidade, como algo sem saída, e ora aparece como crítica acadêmica incorporada de alguém que passa a ver esta realidade de pobreza e sai da naturalidade para a denúncia. Se a realidade é a pobreza, o sonho de quem sonha o SUS é chegar a “100%”.

D5. Salvação (Je-SUS)

O médico (Ent. 12M1) tem uma história pessoal de desilusão profissional e reencontro de si via SUS. O discurso apologético e único, utópico, causa espanto na equipe, que não o leva muito a sério. O SUS como oportunidade de reconciliação ou redenção, como possibilidade de ganho de sentido ficou, periféricamente, colocado numa perspectiva metafísica de cunho religioso, e como brincadeira, acaba tratando o sonho pelo seu inverso. O SUS metafísico despertaria para a vida verdadeira.

SUS, **se botar um “JE” na frente, fica “JESUS”**. Viu? JE – SUS! Então, é um **sistema holístico**, um sistema cósmico, há uma intenção, há uma organização, então **o SUS é uma coisa muito alta, é o reino celestial, é o reino de Deus**. [...] me **salvou** porque eu ia desistir da prática da medicina e ia ser dono de pousada. Mas aí, como fala na bíblia de **Jonas, a baleia me engoliu e cuspiu de volta pra praia**, e tô eu aqui agora. Olhe para fora e sonhe, agora quando você olha para dentro, você desperta. E parece que eu despertei. É uma grande Ferrari o SUS. (Ent. 12M1)

Os médicos do SUS têm se situado em faixas etárias extremas. Ou muito jovens, recém-formados, ou aposentados, ou perto disso. Os médicos do estudo possuíam a maior média de idade. Essa maturidade profissional pareceu permitir, em alguns casos, redimensionamento de prioridades e resignificação da própria prática, que almeja se reconciliar com postulados mais antigos de uma medicina idealizada.

O discurso do Je-SUS suscitou confrontações entre colegas e foi situado como algo da ordem do lúdico, evidenciando algum nível de embate “teórico” na “prática” da ESF e a existência de posicionamentos discursivos diferentes e carregados de antinomias: seriedade e brincadeira; dentro e fora; superficial e profundo; prioritário e secundário; real e imaginário.

Uma vez identificados os discursos, exploraram-se possíveis diferenças entre grupos profissionais. Os enunciados do SUS necessário destacaram-se nas falas de 18 entrevistados. Os discursos D1 (em 14 falas) e D2 (em 12 falas) eram inequívocos. Seis de 12 enfermeiros deram suporte a D1. O D2 se apresentou nas falas de 7 dos 17 ACS, e também nas de 2 técnicos de enfermagem, 1 enfermeiro e 2 médicos. O SUS para pobres estava presente em 6 falas, mas com sentidos distintos para cada sujeito.

Observou-se apenas em duas situações “proximidade discursiva” – mesmo discurso no mesmo espaço. Em uma ESF do Município 1 formaram-se dois blocos indicando diferenças de classe: médico, dentista e enfermeiro emitiram o D3 em suas falas, enquanto dois ACS e um Auxiliar de Enfermagem compartilharam o D2. Em outra ESF, alinharam-se dois ACS e um Auxiliar no D1, enquanto três profissionais de nível superior compartilharam o D3. Nos demais casos, os discursos se mostraram dispersos por lugar e profissão, sem padrão nítido, enquanto a idade não foi um elemento da identidade do sujeito relacionado a algum discurso específico.

DISCUSSÃO

O trabalho médico, presente no D5, se articula com a vocação e o remeteria à discussão weberiana da produção de “eleitos”. Weber²¹, discutindo a ideologia protestante que forneceu as bases para o capitalismo ocidental, introduz a noção de vocação como dispositivo que permitiria uma justificativa *a posteriori* dos benefícios alcançados via trabalho, poupança e fé. Originária da ascese cristã, a vocação profissional retomaria o princípio de renúncia à vida, mesmo em uma sociedade secularizada, condenando o ócio, o desperdício, a perda de tempo, a “irracionalidade”, e determinando o estilo de vida das pessoas.

O discurso do Je-SUS traz, com a ambiguidade característica das ideologias¹³, de que o trabalho médico deve ser vocacionado ao sacerdócio e afim à pobreza, uma fábrica que digere sonhos e corpos, os escravizando sob promessas de lucro sacralizado. Por outro lado, o SUS permitiu a muitos médicos o retorno à profissão com um salário aceitável e trabalho menos estressante, em comparação com os padrões

extenuantes dos plantões hospitalares. A metáfora de Jonas se mostra, duplamente, simbólica. Ser cuspidor de volta à praia (salvação), à uma vida que preserva a identidade profissional numa perspectiva humana.

O SUS para os pobres evidencia a vitalidade de uma ideia que associa pobreza com primitivismo. O SUS é colocado na condição de “sonho”, porque permanece na perspectiva da medicina dos necessitados revisitada por Foucault²² e tipificada por Paim⁴, que aponta no SUS Democrático a Imagem Objetivo (IO) de uma planificação e comprometida com a transformação da realidade sanitária brasileira. O SUS Sonho, de caráter igualmente ambíguo, aponta tanto para uma imaterialidade fugidia, quanto para uma utopia subsistente enquanto discurso contra-hegemônico enunciado de forma tímida no espaço tensionado dos micropoderes da USF.

O conceito de “necessidade” emerge com sentido subvertido no discurso do SUS para Pobres, afim ao repertório assistencialista, e não da Vigilância à Saúde. Não se trata de necessidade diferenciada da demanda. Quem tem “necessidade” é pobre, é necessitado. A questão da cidadania constrangida se evidencia em sua plenitude. Por outro lado, as necessidades dos ricos e remediados ficam suprimidas e restritas à Média e Alta Complexidade (segmentação do acesso), dado que estas classes poderiam, em tese, expressar suas “necessidades” na forma de demandas negociadas com as operadoras de planos de saúde, sob regulação “mínima” do Estado.

Portanto, se o SUS é necessário e goza de imaturidade institucional, ele deveria ser reprojeto em sua IO para um futuro não muito próximo. O SUS seria imaturo porque partilha da “indole” preguiçosa e degenerada do brasileiro? Essa visão portuguesa colonial do povo brasileiro como “frouxo, mole e imoral”²³ perdura no senso comum como legado cultural e ideológico das elites. A ideia de erro estrutural se atualiza no sentimento desconfiado ou cético que o brasileiro destina ao âmbito político-partidário. O discurso, enquanto prática articulatória¹⁰ associa as várias facetas da proposta estatal de saúde - que não se cumpre integralmente devido a aspectos conjunturais - como o financiamento deficiente e a gestão normativa e corrupta que atinge a ESF, “alma” do SUS. E vai além, porque a ideia de degenerescência compromete de antemão qualquer esforço de transformação, minando a identidade profissional em sua raiz.

Ainda que os profissionais, muitas vezes, façam movimento reverso, projetem o SUS mau no hospital e o SUS bom na USF em que trabalham, o SUS aparece ligado ao passado “inampiano” e desconectado da sua IO. O discurso do SUS imaturo se articula com o D1 que nega, na prática, a teoria das suas proposições socialmente sancionadas, mas também com o D2, do SUS como Plano de Saúde gratuito.

Talvez, na sua origem, a ideia da “gratuidade” não tenha sido percebida em seu caráter ideológico, passando a compor o texto constitucional. Discretamente, foi desaparecendo da linguagem oficial do Ministério da Saúde. Explorando um pouco mais esse “resto” de discurso recalçado persistente na memória popular, o que é um produto que se oferece “de

graça”, pela graça a ser alcançada, senão resultado de uma ação voluntária de magnificência?

Como plano gratuito para a população indigente, comprimida pelas filas, o SUS do pobre se aproxima do sonho da classe operária que é ter planos, dado que a seguridade vacila no escorregadio caminho do legislativo. Mas, ao fazer essa aproximação, o discurso retoma outra face, mais justa: ele é bom, melhor do que planos privados porque não tem “carência” e cobre tudo. O problema do acesso fica relativizado pela magnitude da demanda gigantesca, ainda que precise melhorar e ser valorizado pelos governantes.

O SUS como melhor plano se conecta ao discurso mais recorrente: Bonito na Teoria. Esse discurso contrapõe a teoria à prática, como momentos antagônicos e não complementares mutuamente implicados. A teoria, tributária de uma perspectiva essencialista, é associada ao *logos* (discurso e razão) e colocada em um plano metafísico desprendido da realidade. No lado oposto, a prática aparece como ligada à ordem empírica, técnica, incerta, imprecisa e desvalorizada, porque o real é “feio”. Marx e Engels²⁴ criticaram exatamente essa concepção de teoria desprovida de prática política (*práxis*). O SUS da teoria se assemelha ao SUS Legal, ou tem nele seu esqueleto conceitual que “careceria” de materialidade e, por isso, é rejeitado, ainda que belo.

Entretanto, essa rejeição não se faz com base em uma perspectiva marxista, ou de qualquer outra filiação filosófica crítica. A forma como ela é expressa - Bonito na Teoria - traz uma referência muito marcada dos meios de massa (*mass media*) e que remete à formação de opinião como exercício continuado desde os tempos da ditadura. Em um caso específico, o “especialista” que traduz conceitos econômicos para a população em geral justifica a divisão social injusta do trabalho como algo inevitável, pois a sociedade deve escolher quem será seu governante e quem “lavará sua latrina”²⁵. Esse argumento falacioso, entretanto, é lançado sob o apelo da autoridade econômica da acadêmica (*Argumentum ad Verecundiam*), sob a forma de duas alternativas pretensamente exclusivas: um governa (domina) e o outro o serve (obedece). Não há espaço para a dimensão da resistência, nem da cooperação.

Identificado no exterior como “velho ditado brasileiro”²⁶, esse discurso cínico tem sua pretensão de racionalidade fundada sobre pressupostos de “sapiência” do mercado e “liberdade” das práticas econômicas, associa teoria com utopia e prática com “realidade”. Por sua vez, a fetichização da mercadoria assimila o prático à produtividade necessária à lógica econômica de reprodução do capital que deve gerar mais e mais lucros, apoiando-se na dimensão instrumental da razão e tendo como consequência a tendência a desvalorizar os pressupostos teóricos que não respondem de imediato às necessidades práticas (lógica de resultados)²⁷.

Esse processo não é percebido no cotidiano do trabalho, daí a necessidade de se recorrer ao conhecimento teórico capaz de realizar uma crítica ontológica que abarque os complexos fenômenos envolvidos na reestruturação do

capital, dentre eles, a precarização do trabalho e a colonização da cultura e do mundo da vida pela racionalidade econômica²⁸.

A associação de D1, D2 e D4 com a ideologia liberal os fortalece enquanto discursos e não meras concepções, uma vez que albergam a finalidade oculta de induzir a aceitação da realidade e neutralização das lutas transformadoras desta realidade.

Mas, os trabalhadores da ESF, conteúdo vivo do SUS, parecem não se dar conta de como estão implicados nesta luta. O SUS nada mais é do que o trabalho dos seus profissionais a serviço de quem dele precisa: não é papel, mas carne e verbo. Finalidade prática e teórica que se realiza a cada ato, no susto ou com serenidade. Então, porque esses trabalhadores não se veem como sujeitos no processo de sua construção teórica e prática?

A diferença entre o que é o SUS e sua concretização cotidiana é um ponto cego e muito sensível, pois se o SUS na teoria é diferente da prática, quem o operacionaliza estabelece ou reproduz essa diferença ameaçando o SUS por dentro dele.

CONCLUSÃO

A análise crítica dos discursos sobre o SUS se apresenta como uma proposta de entendimento dos padrões ideativos que exprimem lutas políticas não claramente explicitadas. Existe um descontentamento que tem bases reais, lógicas, mas existe uma luta simbólica que se trava entre interesses de classes, públicos e privados, entre utopias de cunho social e liberal. Nessa disputa, o discurso Bom na Teoria mostra filiação e capacidade plástica típica de uma ideologia, não no sentido de falsa consciência, mas no uso de uma lógica lacunar²⁹, que toma a parte pelo todo.

Esse discurso não se dirige apenas ao setor saúde, mas à Constituição brasileira, considerada, ironicamente por alguns, como uma das mais “bonitas” do mundo. Enquanto construção histórica, escrita após 20 anos de ditadura, ela buscou expressar a expectativa do nascimento de um novo estado de direito fundado na justiça social. Por esse motivo, a primeira versão constituinte foi programática, continha metas. Na versão final, a Constituição foi além de uma carta de intenção e passou a ter força de lei³⁰. Vários mecanismos institucionais foram elaborados para a sua observância e proteção, exatamente porque a Constituição - e nela, o SUS - foi criação de uma sociedade dominada e em luta por se libertar de um Estado opressor, mas imprescindível na sua própria transformação. Retomando a ideia de Chauí²⁹, de que saber é trabalho, repensar o trabalho em saúde implica operar uma enorme desconstrução do saber que os sujeitos da saúde possuem de si mesmo, do que fazem, e dos significados e sentidos que produzem, para si e para os outros.

REFERÊNCIAS

1. Teixeira CF, Souza LEPF, Paim JS. Sistema Único de Saúde (SUS): a difícil construção de um sistema universal na sociedade brasileira. In: Paim JS, Almeida-Filho N,

- organizadores. **Saúde coletiva: teoria e prática**. 1a ed. Rio de Janeiro: Medbook; 2014. p. 121-138.
2. Souza GCA, Costa ICC. O SUS nos seus 20 anos: reflexões num contexto de mudanças. **Saude Soc**. 2010; 19(3):509-517.
3. Santos-Filho SB. Apoio institucional e análise do trabalho em saúde: dimensões avaliativas e experiências no Sistema Único de Saúde (SUS). **Interface** (Botucatu). 2014; 18 (Supl.1):1013-25.
4. Paim JS. Políticas de Descentralização e Atenção Primária à Saúde. In: Rouquayrol, MZ, Almeida-Filho N, organizadores. **Epidemiologia e Saúde**. 5a ed. Rio de Janeiro: Medsi; 1999. p. 489-503.
5. Müller Neto JS, Artmann E. Discursos sobre o papel e a representatividade de conferências municipais de saúde. **Cad. Saúde Pública**. 2014; 30(1):68-78.
6. Fairclough N, Mulderrig J, Wodak R. Critical Discourse Analysis. In: Van-Dijk, TA. **Discourse studies: a multidisciplinary introduction**. 2and. London: Sage; 2011. p. 357-378.
7. Van-Dijk TA. Critical Discourse Analysis. In: Schfrin D, Tannen D, Hamilton HE, editors. **The handbook of Discourse Analysis**. 1and. Oxford: Blackwell; 2001.
8. Foucault M. **A ordem do discurso**. 4a ed. São Paulo: Loyola; 1996.
9. Howarth D. **Discourse**. 1and. Buckingham: Open University Press; 2000.
10. Laclau E, Mouffe C. **Hegemony and socialist strategy**. 2and. London: Verso; 2001.
11. Pêcheux M. **Delimitações, inversões, deslocamentos**. Cad. Est. Ling. 1990; 19:7-24.
12. Althusser I. **On ideology**. 1and. London: Verso; 2008.
13. Eagleton, T. **Ideology: an Introduction**. 2and. London: Verso; 2007.
14. Zizek S. Introdução: o espectro da ideologia. In: Zizek S, organizador. **Um mapa da Ideologia**. 1a ed. Rio de Janeiro: Contraponto; 1996.
15. Ricouer P. **Tempo e narrativa**. Tomo III. 1a ed. Campinas: Papirus; 1997.
16. Paim JS. **O que é o SUS**. 1a ed. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2009.
17. Coelho TCB. **O Processo político de gestão em uma Instituição hipercomplexa do Sistema Único de Saúde [Tese]**. Salvador (BA): Universidade Federal da Bahia; 2001.
18. Simon, R. **Introdução à Psicanálise: Melanie Klein**. São Paulo: EPU; 1986.
19. Freud S. **O Chiste e sua relação com o inconsciente**. 1a ed. Rio de Janeiro: Imago Editora; 1976.
20. Bourdieu, P. **Razones prácticas: sobre la teoría de la acción**. 1a Ed. Anagrama: Barcelona; 1997.
21. Weber M. **A Ética protestante e o “espírito” do capitalismo**. Ed. Antônio Flávio Pierucci. São Paulo: Companhia das Letras; 2004.
22. Foucault M. **Microfísica do poder**. 1a ed. Rio de Janeiro: Graal; 1979.
23. Machado R, Loureiro A, Luz A, Muricy K. **Danação da norma: medicina social e constituição da psiquiatria no Brasil**. 1a ed. Rio de Janeiro: Graal, 1978.
24. Marx K, Engels F. **A Ideologia alemã**. 1a ed. São Paulo: Boitempo, 2007.
25. Beting J. **Na prática a teoria é outra: os fatos e as versões da economia**. São Paulo: Impres; 1973.
26. Scavenius M, Val Hulsel L, Mejer J, Gurgel R. **In practice, the theory is different: a processual analysis of breastfeeding in northeast Brazil**. Soc Sci Med. 2007; 64(3):676-88.
27. Guerra Y. No que se sustenta a falácia de que “na prática a teoria é outra?”. In: **Anais do 2º; 2005; Cascavel, Paraná. Seminário Nacional Estado e Políticas Sociais no Brasil; 2005. Cascavel: Universidade estadual do Oeste do Paraná; 2005. p. 1-9 [acesso 13 jul 2015]. Disponível em: http://cac-php.unioeste.br/projetos/gpps/midia/seminario2/trabalhos/servico_social/mss20.pdf.**
28. Habermas J. **Teoria do agir comunicativo**. 1a ed. São Paulo: Martins Fontes; 2012.
29. Chauí M. **Cultura e democracia: o discurso competente e outras falas**. 13a ed. São Paulo: Cortez; 2011.
30. Barroso LR, Barcelllos, AP. **O Começo da História. A Nova Interpretação Constitucional e o Papel dos Princípios no Direito Brasileiro**. Revista da EMERJ. 2003; 6(23):25-65.

Endereço para correspondência:

Thereza Christina Bahia Coelho
Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS)
Av. Transnordestina, s. n.º, Núcleo de Saúde Coletiva. Prédio do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Campus da UEFS. CEP: 44.036-900. Feira de Santana-BA, Brasil.
Tel.: 0**(75)3161-8095
E-mail: thereza.nusc@uefs.br