

ARTUR GUIDO MUNIZ RIBEIRO JUNIOR

**O CONTROLE DA ESQUISTOSSOMOSE MANSONI E
O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE:
UMA ABORDAGEM PELA ANÁLISE DO DISCURSO**

CAMPINAS

2010

ARTUR GUIDO MUNIZ RIBEIRO JUNIOR

**O CONTROLE DA ESQUISTOSSOMOSE MANSONI E
O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE:
UMA ABORDAGEM PELA ANÁLISE DO DISCURSO**

Tese de Doutorado apresentada à
Pós - Graduação da Faculdade de
Ciências Médicas da Universidade
Estadual de Campinas para
obtenção do título de Doutor em
Saúde Coletiva.

Orientador: Prof. Dr. Carlos Roberto Silveira Corrêa

Campinas – 2010

*FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELABIBLIOTECA DA
FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA UNICAMP*

Bibliotecário: Sandra Lúcia Pereira – CRB-8ª / 6044

R354c Ribeiro Júnior, Artur Guido Muniz
O controle da esquistosomose mansoni e o Sistema Único de Saúde:
uma abordagem pela análise do discurso / Artur Guido Muniz
Ribeiro Júnior. Campinas, SP : [s.n.], 2010.

Orientador : Carlos Roberto Silveira Corrêa
Tese (Doutorado) Universidade Estadual de Campinas. Faculdade
de Ciências Médicas.

1. Esquistosomose. 2. Sistema único de Saúde. 3. Análise do
discurso. I. Corrêa, Carlos Roberto Silveira. II. Universidade
Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. III. Título.

**Título em inglês : The Schistosomiasis Mansoni control and the unique
system of health: a discourse analysis aproach**

Keywords: • Schistosomiasis
• SUS
• Discourse analysis

Titulação: Doutor em Saúde Coletiva

Área de concentração: Epidemiologia

Banca examinadora:

Prof. Dr. Carlos Roberto Silveira Corrêa

Profa. Dra. Claudia Regina Castellanos Pfeifer

Prof. Dr. Nelson Rodrigues dos Santos

Profa. Dra. Regina Maria Giffoni Marsiglia

Profa. Dra. Raimunda Magalhães da Silva

Data da defesa: 09-02-2010

Banca examinadora de Tese de Doutorado

Aluno(a): Artur Guido Muniz Ribeiro Jr

Orientador: Prof.(a). Dr.(a). Carlos Roberto Silveira Correa



Prof. Dr. Carlos Roberto Silveira Correa



Prof. Dr. Nelson Rodrigues dos Santos



Profa. Dra. Claudia Regina Castellanos Pfeiffer



Profa. Dra. Raimunda Magalhães da Silva



Profa. Dra. Regina Maria Giffoni Marsiglia

Curso de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas.

Data: 09/02/2010

DEDICATÓRIA

A minha esposa Adriana pelo apoio e incentivo recebidos, peço desculpas pelos momentos de abandono e a ela agradeço por ter me dado uma filha maravilhosa.

A minha filhinha Giulia, uma dádiva de Deus, que aos 20 meses já folheia os livros de meu acervo.

A memória de meus pais Arhur e Mirrthes sem os quais eu não existiria e dos quais herdei a perseverança, a ética, a honestidade e as habilidades que me permitiram elaborar essa Tese de Doutorado.

A meu sobrinho neto e afilhado Rafael, que assim como a Giulia, perpetuará a herança de meus pais.

AGRADECIMENTOS

Ao Dr Sérgio Paulo de Almeida Nascimento, Chefe da Divisão de Atenção Básica da Secretaria da Saúde de Praia Grande e ao Dr. Adriano Springman Bechara, Secretário de Saúde da Estância Balneária de Praia Grande pelo incentivo e apoio recebidos.

EPÍGRAFE

Não foi sem razão que Bacelli, o mestre insigne, afirmara que se reunissem num só clínico o valor, a argúcia e a inteligência dos maiores mestres, a arte ficaria com suas dúvidas, a ciência com suas hipóteses e a natureza com seus mistérios.

In Lacaz, 1977

SUMÁRIO

1 – INTRODUÇÃO	1
1.1. MOTIVAÇÃO.....	1
1.2. A ESQUISTOSSOMOSE MANSONI.....	2
1.3. O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE.....	7
1.6. CONCEITOS EM ANÁLISE DO DISCURSO.....	9
1.6.1. A ANÁLISE DO DISCURSO.....	9
1.6.2. ENUNCIADO.....	11
1.6.3. O DISCURSO.....	11
1.6.4. FORMAÇÕES IDEOLÓGICAS.....	13
1.6.5. FORMAÇÃO DISCURSIVA.....	14
1.6.6. CONDIÇÕES DE PRODUÇÃO.....	14
1.6.7. SILÊNCIO.....	15
2. JUSTIFICATIVAS	17
3. OBJETIVOS	21
4. MATERIAL E MÉTODOS	22
4.1. CONSTITUIÇÃO DO “CORPUS DE PESQUISA”.....	22
4.2. PROCEDIMENTOS ANALÍTICOS.....	23
5. RESULTADOS: A ANÁLISE	24
5.1. RECORTES DISCURSIVOS	24
5.2. MONTAGENS DISCURSIVAS.....	36
5.3. OBJETO DISCURSIVO.....	38
5.4. POSIÇÃO SUJEITO.....	39
5.5. A CONSTITUIÇÃO DOS SENTIDOS DO DISCURSO.....	40
5.6. FORMAÇÕES DISCURSIVAS.....	41

5.7. CONDIÇÕES DE PRODUÇÃO.....	43
6. DISCUSSÃO	47
7. CONCLUSÕES.....	70
8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	72

LISTA DE ABREVIATURAS

CNPq: Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico

DECIT: Departamento de Ciência e Tecnologia

DENERU: Departamento Nacional de Endemias Rurais

FUNASA: Fundação Nacional de Saúde

PCE: Programa de Controle da Esquistossomose

PECE: Programa Especial de Controle da Esquistossomose

SAB: Secretaria de Atenção Básica

SCTIE: Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos.

SESP: Serviço Especial de Educação Sanitária

SNES: Serviço Nacional de Educação Sanitária

SUCAM: Superintendência de Campanhas de Saúde Pública

SUS: Sistema Único de Saúde

SVS: Secretaria de Vigilância em Saúde

RESUMO

Por meio da Análise do Discurso foi compreendida a produção dos sentidos do discurso do controle da esquistossomose e o Sistema Único de Saúde; onde foram apontados silêncios, ambigüidades e dispersões, assim como suas Condições Sócio – Histórica - Ideológicas de produção. O discurso do controle da esquistossomose apresenta duas formulações básicas, uma, a do SUS; e a outra a do Ministério da Saúde produzida pelas sua diversas instituições. O Discurso do SUS, tem como suas condições de produção o período de redemocratização do Brasil, com as ações do movimento da reforma sanitária e da comissão nacional da reforma sanitária e a promulgação da constituição de 1988 e tem como discursividade que organiza seus sentidos, a Formação Discursiva Jurídico – Legislativa que configura o sentido Legislativo e a Jurídico – Democrática que configura o sentido Social Controlador. O Discurso do Ministério da Saúde é produzido num período democracia no Brasil e sob a égide da legislação do SUS e tem como discursividade que organiza seus sentidos as Formações Discursivas: Institucional – Estatal, Médica, Político – Tecno - Científica, Educacional, Sanitária; as quais configuram respectivamente os sentidos: Institucional Estatal, Médico – Terapêutico, Político – Científico, Educativo e Ambientalista. O discurso do Controle da Esquistossomose produzido pelo Ministério da Saúde apresenta uma forte Memória Discursiva, trazendo dessa forma consigo um modelo controlador e centralizador de elaborar a política de saúde para o Controle da Esquistossomose e verticalizador na execução dessa política, herança da administração do estado por diversos governos autoritários aos quais o Brasil foi submetido. O Discurso do Ministério da Saúde silencia

constitutivamente outros discursos que poderiam se comprometer com a Erradicação da Esquistossomose e a Extinção do *Schistosoma mansoni* no Brasil. Esse silêncio constitutivo ocorre pela somatória dos seguintes elementos discursivos presentes no Discurso do Controle da Esquistossomose pelo Ministério da Saúde e no Discurso do SUS: a) Pela existência de uma forte Memória Discursiva Campanhista e Médico – Curativa que está projetada no Discurso do Controle da Esquistossomose que se materializa nas Formações Discursivas Institucional Estatal e Médica, que configuram respectivamente os sentidos Institucional Estatal e o Médico Terapêutico; b) Pela formação discursiva Jurídico Legislativa da Lei do SUS fazer o sentido Legislativo se projetar no Discurso do Ministério; c) Pelo fato formação discursiva Jurídico–Democrática não projetar o sentido Controlador Social no Discurso do Ministério; d) Por existir uma intensa Dispersão dos Sentidos Educativo e Ambientalista; e) Pela existência de uma importante Ambigüidade Discursiva da Lei SUS referente ao Saneamento Básico.

ABSTRACT

The sense production of schistosomiasis control discourse and the SUS was understood by discourse analysis, where silences, ambiguity, dispersions, were appointed, as well his social – historic - ideological conditions of production. The schistosomiasis control discourse shows two basic formulations, one, the SUS, and another, the Ministry of Health, produced by different institutions. The Discourse of SUS, has its production's conditions the democratic period of Brazil; with the actions of sanitary reform movement and of national commission's sanitary reform, the constitution's promulgation of 1988, and has with discursively who organizes his senses, the Juridical Democratic and Juridical Legislative Discourse Formations that shape the Legislative Sense e the Social Control Sense, respectively. The Ministry of Health's Discourse is produced in democratic period of Brazil and under the law of SUS and has with discursively who organizes his senses the discourse formations: Institutional Stately, Medical, Political – Technical – Scientific, Educational and Sanitary; who shape respectively the following senses: Institutional – Stately, Medical – Therapeutic, Political – Scientific, Educative and Environmentalist. The schistosomiasis control discourse produced by Ministry of Health shows a strong Discourse Memory, bringing itself a control and centralized model for working out a public policy of health for schistosomiasis control and vertically on this policy execution, heritage of Estate administration of different authoritarian governments which Brazil was submitted. The Discourse of Ministry of Health silences constitutively other discourses which would compromise with the schistosomiasis eradication and extinction of *Schistosoma mansoni* in Brazil. This constitutive silence occurs by

sum of these discursively following elements present in Discourse of Schistosomiasis Control by Ministry of Health and in Discourse of SUS: a) By existence of a strong Discursive Campaign and Medical - Curative Memory that is projected in Discourse of Schistosomiasis Control who materializes itself in Institutional Stately and Medical Discourse Formations who shape respectively the Institutional – Stately and Medical – Therapeutic senses; b) By Juridical – Legislative discursive formation of SUS law makes the Legislative sense projects itself in Ministry Discourse; c) By the fact of Juridical – Democratic discursive formation do not make project the Control – Social sense in Council and Conferences of Health; d) To exist an intense dispersion of a Educative and Environmentalist sense; e) To exist an important ambiguity discursively of SUS law refering to Basic Sanitation.

1 – INTRODUÇÃO

1.1 – MOTIVAÇÃO

Há um século a esquistossomose mansoni vem se constituindo em objeto de pesquisas por parte de autores brasileiros; tendo sido catalogados 6.816 trabalhos nacionais entre 1908 e 1994, os quais produziram um conhecimento ímpar sobre a doença, fazendo com que essa área seja uma das mais desenvolvidas da ciência médica brasileira, tanto em quantidade, quanto em qualidade (Andrade 2002).

Apesar de todo esse conhecimento acumulado, a esquistossomose mansoni ainda é considerada uma endemia de importância mundial, apresentando uma ampla distribuição na região tropical e acometendo cerca de 200 milhões de pessoas no mundo, segundo estimativas da Organização Mundial da Saúde (Montresor et al, 1998).

Essa doença é considerada um problema de saúde pública no Brasil, sendo que as estimativas mais recentes apontam para oito milhões o número de brasileiros infectados, os quais, em sua grande maioria pertencem às regiões do nordeste brasileiro e do norte de Minas Gerais, que persistem como grandes áreas de transmissão dessa helmintíase (Cimerman e Cimerman, 2003).

A persistência de transmissão da esquistossomose é decorrente da coexistência de condições favorecedoras tais como: a precariedade de saneamento básico, o hábito dos indivíduos infectados de evacuar diretamente nas coleções hídricas naturais e a existência do hospedeiro intermediário planorbídeo no ecossistema. (Neves, 2005).

Frente a esses fatos, foi realizada uma leitura de algumas publicações referentes ao controle da esquistossomose mansoni no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) sob a perspectiva de um Discurso (Pecheux, 1988), aqui no caso um Discurso de Estado voltado para uma política pública de saúde.

Consideramos então a possibilidade de existir nessas formulações uma rede de significação, que apesar de sustenta – las como sendo adequadas para se combater essa doença, pode ao mesmo tempo estar impedindo a construção de uma textualização que permitisse a erradicação dessa helmintíase.

Tendo em vista que a Análise do Discurso permite compreender quais os sentidos que essa rede apresenta e como eles são produzidos, é necessário que alguns tópicos sejam abordados na seqüência dessa introdução considerando relevante abordarmos inicialmente alguns itens relativos a essa doença.

1.2 – A ESQUISTOSSOMOSE MANSONI

O Parasito e a Doença:

A esquistossomose mansoni é uma doença parasitária do sistema sanguíneo, cujo agente etiológico é um platelminto trematódeo digenético denominado *Schistosoma mansoni* (*schisto* = fenda e *soma* = corpo), que se localiza nas veias mesentéricas onde esse helminto exerce o parasitismo (Cimerman e Cimerman, 2003).

O ciclo biológico desse parasito é descrito a partir da migração da fêmea até atingir as pequenas veias da submucosa do reto e do colo

descendente, onde realiza a ovoposição na luz intestinal, ocorrendo em seguida a eliminação dos ovos embrionados com as fezes. (Neves, 2005).

Uma vez eliminados na água, esses ovos eclodem, liberando miracídeos que penetram num molusco planorbídeo do gênero *Biomphalaria*, onde formam os esporocistos, que originam as cercárias, as quais abandonam o hospedeiro intermediário, sob influência da luz e do calor, contaminando assim as coleções hídricas naturais.

O ser humano, em contato com coleções hídricas contaminadas, infecta-se pela penetração das cercárias através da pele, e estas uma vez presentes na derme, transformam-se em esquistossômulos, os quais atingem a corrente sangüínea ou linfática, atingindo a circulação pulmonar e posteriormente o sistema porta intra-hepático, de onde migram contra a corrente sangüínea, até atingirem finalmente as veias mesentéricas (Pessoa e Martins, 1982).

Clinicamente podemos caracterizar a Esquistossomose Mansonii pelas seguintes formas evolutivas (Pessoa, 1982) (Cimerman e Cimerman, 2003):

- i) Dermatite Cercariana: quadro de prurido no local de penetração das cercárias associado a uma reação febril.
- ii) Forma Aguda: febre, diarréia, náuseas, vômitos e hepatoesplenomegalia que surgem aproximadamente um mês após a penetração das cercárias.
- iii) Forma Intestinal: diarréia, cólicas e tenesmo.
- iv) Forma Hepatointestinal: hepatomegalia.
- v) Forma Hepatoesplênica Compensada: hepatoesplenomegalia. com fígado de consistência aumentada.

vi) Forma Hepatoesplênica Descompensada: presença de hipertensão portal e insuficiência hepática.

O diagnóstico laboratorial da esquistossomose mansoni é feito por meio de exame parasitológico de fezes, utilizando – se o método de Kato – Katz, sendo que em situações especiais podem ser utilizadas as reações imunológicas, a biópsia retal ou a biópsia hepática (Brasil, 2005).

Para o tratamento da esquistossomose mansoni são utilizados o Oxaminiquine ou o Praziquantel, sendo esse último medicamento preconizado como droga de escolha a partir de 1996 pelo ministério da Saúde; mas, apesar da eficácia dessas drogas na maioria dos casos, o indivíduo se reinfecta ao entrar em contacto com águas contaminadas (Brasil, 2005).

A prevenção dessa endemia se faz por meio de ações conjuntas de saneamento ambiental, combate aos caramujos, educação em saúde da população, além do diagnóstico e tratamento dos indivíduos infectados; sendo considerada a ação mais eficaz na prevenção dessa doença o saneamento ambiental (Brasil, 2007).

O Histórico do Controle da Esquistossomose no Brasil

A esquistossomose mansoni foi introduzida no Nordeste no século XVI com a chegada de escravos africanos e, a partir daí, no início do século XX, com os movimentos migratórios, disseminou-se também para o Sudeste (Brasil, 2005).

Somente em 1907 essa helmintíase passou a ser conhecida pela comunidade científica brasileira, quando Pirajá da Silva identificou o *Schistosoma mansoni* e descreveu o quadro clínico dessa doença, sendo que

apenas em 1916 o ciclo biológico do *S.mansoni* foi descrito por Lutz (Lacaz et al, 1972).

Embora a esquistossomose tenha sido incorporada à divisão de organização sanitária em 1941, essa endemia passou a receber melhor atenção do governo federal somente em 1956 após a divulgação dos resultados do inquérito coprológico nacional realizado em 11 estados brasileiros, que indicaram a existência de três milhões de escolares infectados por *Schistosoma mansoni* (Pellon e Teixeira, 1953).

A esquistossomose então passou a ser alvo de uma política de saúde melhor elaborada por parte do Governo a partir de 1956, quando foi incorporada ao recém – criado Departamento Nacional de Endemias Rurais (DENERU), que desenvolveu na década de 60 o Plano Piloto para Experimentação e Avaliação Metodológica no Controle da Esquistossomose.

Mesmo assim as estimativas na década de 60 apontavam para seis milhões de brasileiros infectados e nos anos 70 estimava – se que oito milhões de indivíduos no Brasil eram portadores do *Schistosoma mansoni* (Pessoa 1963) (Lacaz, 1972).

Em 1975 foi criado o Programa Especial de Controle da Esquistossomose (PECE), vinculado à Superintendência de Campanhas de Saúde Pública (SUCAM), subordinada na ocasião ao Ministério da Saúde, e que se constituía da seguinte forma (Favre et al, 2001):

- a) Inquérito parasitológico
- b) Levantamento malacológico
- c) Controle malacológico com aplicação de moluscocidas
- d) Saneamento básico

- e) Tratamento quimioterápico da população infectada
- f) Atividade educacional e de orientação
- g) Atividades de vigilância

Embora o PECE tenha continuado como programa institucional, a partir de 1980 passou a ser denominado Programa de Controle da Esquistossomose (PCE), mas na década de 80, as estimativas apontavam para 12 milhões de brasileiros infectados por *Schistosoma mansoni* (Pessoa e Martins, 1982).

Já em 1991 as estimativas indicavam que seis milhões de pessoas ainda eram portadoras do *S. mansoni* (Rey, 1991), sendo que as estimativas mais recentes no século XXI, estimam em oito milhões o número de infectados (Cimerman e Cimerman, 2003).

Após a criação do SUS, a textualização da esquistossomose então passou a ser formulada FUNASA, criada a partir da SUCAM e mais recentemente, essa textualização passa a ser produzida principalmente pela Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde.

A Esquistossomose como Problema de Saúde Pública

O Ministério da Saúde ao considerar essa endemia um problema de saúde pública, a ela atribui os conceitos epidemiológicos de magnitude e transcendência que constam no Guia de Vigilância Epidemiológica desse Ministério (Gonçalves, 2006) (Brasil, 2005).

A magnitude diz respeito às elevadas freqüências e à alta mortalidade de uma doença, e a transcendência se apresenta como um conjunto formado pela severidade da doença (letalidade e hospitalizações), pela relevância social (valor que a sociedade imputa à ocorrência do evento) e pela relevância econômica, ou seja, sua capacidade potencial de afetar o desenvolvimento,

mediante as restrições comerciais, perdas de vidas, absenteísmo ao trabalho, custo de diagnóstico e de tratamento (Brasil, 2005).

Ao considerarmos então a estimativa de oito milhões de portadores dessa doença infectados no Brasil teremos para uma população brasileira estimada em 187.200.000 em 2006 (IBGE, 2006), um coeficiente de morbidade de 42,8 casos em 1.000 habitantes.

Frente a essas informações, a leitura daquelas publicações sobre esse problema de saúde pública, assim como a leitura preliminar da Lei do SUS, mostrou que após a criação do Sistema Único de Saúde, a legislação permitiu a descentralização das ações antes executadas por instituições federais, para os municípios.

Entretanto, a elaboração da política de saúde para a esquistossomose, segundo essas leituras, continuou centralizada pelo Ministério da Saúde, apesar da legislação do SUS parecer não determinar essa centralização.

Dessa forma, não é possível abordarmos doenças definidas como problema de saúde pública e nem as respectivas políticas e ações, sem considerarmos a história e a estrutura do SUS.

1.3 – O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)

O SUS iniciou-se graças às ações do “Movimento Sanitário”, constituído por um conjunto de intelectuais, profissionais de saúde, militantes sindicalistas e de movimentos sociais, que no período de redemocratização do Brasil lutavam por uma democracia da saúde (Cohn, 2008).

Essas ações tomaram corpo com a 8ª Conferência Nacional de Saúde em 1986 e com a formação da Comissão Nacional da Reforma Sanitária em

1988, composta por representantes de todos os segmentos públicos, privados, sociais e partidários envolvidos com a saúde, que debateram a formulação da proposta do que viria a ser o SUS (Santos, 2008).

A criação do SUS fez com que em duas décadas, metade da população brasileira anteriormente sem acesso à assistência de saúde, pudesse usufruir desses serviços oferecidos pelo Estado (Santos, 2008).

Isso foi possível graças à formulação dos princípios fundamentais do SUS: universalidade, igualdade, integralidade e descentralização das ações de saúde, que viabilizaram algumas mudanças na condução da gestão e da política de saúde pública no Brasil (Santos, 2008).

Essas mudanças se constituíram principalmente nas ações de descentralização de competências com ênfase na municipalização, na criação dos fundos de saúde, na extinção do Instituto Nacional de Previdência Social, na unificação da direção em cada esfera de governo e na criação dos conselhos de saúde (Santos, 2008).

Embora seus princípios constitucionais tenham permitido ao longo dos anos a construção da solidariedade e da responsabilidade social do Estado, o SUS vem enfrentando vários problemas que têm dificultado a sua consolidação dentre os quais se destacam (Santos, 2008):

a) o número excessivo de portarias normativas ministeriais e a permanência do centralismo no processo de planejamento.

b) o impedimento de reforma de aparelhos do Estado.

c) a manutenção da modalidade do pagamento por produção dos procedimentos de média e alta complexidade cujos valores encontram-se abaixo do custo.

d) a precarização das relações de trabalho nos órgãos federais de saúde, além da lentidão e imobilidade na articulação e na implantação regional das redes de cuidados integrais.

Portanto, ao colocar em questão o processo de significação que vai configurando um determinado lugar para as formulações sobre a esquistossomose, é preciso levar em consideração as próprias condições de produção da textualização do SUS, base material onde essas formulações se estabelecem.

Frente a essas considerações sobre o SUS, buscamos na Análise de Discurso de Linha Francesa, segundo as bases epistêmicas formuladas por Michel Pecheux, um auxílio para compreendermos o contexto até agora configurado nessa introdução.

1.4 – CONCEITOS EM ANÁLISE DO DISCURSO

1.4.1 – ANÁLISE DO DISCURSO

Michel Pêcheux é considerado o fundador da Análise de Discurso de Linha Francesa que no ano de 1969 quando da edição de seu livro: “Análise Automática do Discurso”, constituiu as bases epistêmicas dessa disciplina, articulando conhecimentos a partir da Psicanálise de Freud, lida por Lacan; da Lingüística de Saussure, lida pelo próprio Pêcheux e do Materialismo Histórico, lido por Althusser (Orlandi, 2001).

A Análise do Discurso é considerada uma disciplina de entremeio entre a Psicanálise, a Lingüística e as Ciências Sociais, cujo objetivo central é a compreensão de como o Sentido é produzido em condições sócio - histórico - ideológicas (Orlandi, 2001).

A Análise do Discurso além de se constituir num Método de Análise da Linguagem enquanto prática, também reflexiona sobre como a Ideologia está materializada na Linguagem, ou seja, estabelece que a materialidade da Ideologia é o Discurso e a materialidade do Discurso é a Língua (Orlandi, 2001).

O Discurso é assim concebido como um lugar onde ocorre a relação ideologia – língua, onde a Análise do Discurso busca explicitar os mecanismos de determinação histórica dos processos de significação (Orlandi, 2005).

A Análise do Discurso também estabelece a relação do simbólico com o político, o que permite compreender como as relações de poder são simbolizadas, trabalhando desse modo com elas são textualizadas (Orlandi, 2005).

Para Pêcheux, as palavras não têm um Sentido ligado à sua literalidade, pois o Sentido do Discurso se dá no batimento da memória com a atualidade; conseqüentemente, toda a descrição está exposta ao equívoco da língua, ou seja, todo enunciado é intrinsecamente suscetível de tornar-se outro, diferente de si mesmo, podendo se deslocar discursivamente de seu sentido para derivar para um outro (Orlandi, 2005).

Pêcheux considera que o Sujeito do Discurso, descentrado pelos seu inconsciente e pela interpelação da ideologia, ao se confrontar com memória discursiva, produz seus efeitos através da ideologia e do inconsciente, portanto, não há Discurso sem Sujeito, e nem Sujeito sem ideologia (Orlandi, 2005).

Optamos então pela Análise de Discurso formulada por Pêcheux e praticada por Eni Orlandi no Brasil; pelo fato dessa linha pensar as relações

entre a Formação Discursiva, a Formação Ideológica e as relações de Sentido e Poder, além de trabalhar o conceito de Silêncio (Orlandi, 2001), permitindo dessa forma que se faça uma análise do tema aqui proposto.

1.4.2 – ENUNCIADO

Segundo Pêcheux, o Enunciado é definido como qualquer unidade linguisticamente descritível, podendo ser considerado desde uma simples palavra, ou até uma ou mais frases, desde que contenham um sentido e existam sob condições sócio históricas de produção (Pêcheux, 1988).

Também pode ser definido como sendo um produto da enunciação, a qual se constitui num processo de apropriação da língua pelo ato de um sujeito, que ao fazer – a funcionar, propicia o surgimento do enunciado (Benveniste, 1989).

Esse funcionamento da língua ou enunciação é um acontecimento de linguagem que ocorre pela de forma integrada, pela interação língua - sujeito, pela temporalidade dessa interação e pela materialidade histórica do real, onde o sujeito está investido de um papel social e institucional, para realizar o ato de enunciar (Guimarães, 2000).

Conforme essas considerações e para uma melhor delimitação do objeto da presente tese, os enunciados serão aqui definidos como frases que contêm sentidos e existem sob condições sócio - históricas de produção.

1.4.3 – DISCURSO

Um texto pode ser definido como um conjunto de palavras e frases articuladas, de extensão variável, escritas sobre qualquer suporte, no qual deve haver uma coesão, que é a relação, a ligação e a conexão entre as palavras, expressões ou frases (Camargo e Bellotto, 1996).

Pelo motivo desse trabalho trabalhar com textos, consideraremos que um texto ao estar situado em condições sócio – histórica - ideológicas de produção e que contenha sentidos, ele passa a se constituir num Discurso (Orlandi,2001); no entanto, a presente tese não tem o objetivo e nem tampouco a presunção de estudar os conceitos de Texto e de Discurso.

Pêcheux define Discurso como o efeito de sentidos entre locutores, um objeto sócio-histórico no qual a Lingüística está pressuposta e dessa forma se constitui no objeto da Análise do Discurso (Orlandi, 2001).

A partir das bases epistêmicas formuladas por Pêcheux, pode-se também definir o Sujeito, como o indivíduo descentrado pelo seu Inconsciente e pela Ideologia, que ao se confrontar com o real da língua e com o real da história, não tem controle sobre o modo pelo qual é descentrado e confrontado, conferindo assim um Sentido ao formular um Discurso.

Dentro do próprio Discurso, destacamos o conceito de Interdiscurso, também denominado de Memória Discursiva, a qual se refere àquilo que se falou antes, em outro lugar; é todo o conjunto de formulações feitas e já esquecidas que determinam o que dizemos; ou seja, é o Saber Discursivo que torna possível todo o dizer e que retorna sob a forma do pré - construído, sustentando cada tomada de palavra, disponibilizando dizeres que afetam o modo pelo qual o sujeito significa em uma dada situação discursiva (Orlandi, 2001).

Outro conceito dentro do Discurso que merece destaque é o do Esquecimento, de ordem Ideológica e o de ordem Enunciativa, que se caracterizam por serem involuntários; pois, quando nascemos, os discursos já estão em processo e nós é que entramos nesse processo (Orlandi, 2001).

O primeiro Esquecimento é o Ideológico, da instância do inconsciente, resultante da forma pela qual somos afetados pela ideologia, e embora se realizem em nós, os sentidos apenas representam como se originando em nós, pois eles são determinados pela maneira pela qual nos inscrevemos na língua e na história e é por isso que significam (Orlandi, 2001).

O segundo Esquecimento é o Enunciativo, da ordem da Enunciação, pois ao falarmos, fazemos de uma maneira e não de outra, estabelecendo assim uma relação entre a palavra e a coisa; entretanto, é um esquecimento parcialmente consciente, pois o modo de dizer não é indiferente aos sentidos (Orlandi, 2001).

1.4.4 – FORMAÇÕES IDEOLÓGICAS

A ideologia representa uma relação imaginária dos indivíduos relativamente a sua existência e está materializada em aparelhos ideológicos ou de controle de Estado tais como a Igreja, a Escola ou o próprio Estado (Althusser. 1974).

Entretanto, como não há uma relação direta entre as coisas do mundo e a linguagem, pois elas são de ordens diferentes e, portanto, são incompatíveis em suas naturezas; a ideologia, por ser constitutiva da relação do mundo com a linguagem, possibilita estabelecer essa relação, pois ela é vista como o imaginário que medeia a relação do sujeito com suas condições de existência (Orlandi, 2005).

A ideologia produz o efeito da evidência, sustentando-se sobre o já-dito e sobre os sentidos institucionalizados, assim como naturaliza o que é produzido pela história, sendo também capaz de interpretar os sentidos em

certa direção, determinada pela relação da linguagem com a história (Orlandi, 2005).

No espaço que vai da constituição dos sentidos (o interdiscurso) à sua formulação (o intradiscurso) intervêm a ideologia, resultando dessa forma numa Formação Ideológica, definida como: sentidos existentes nas palavras ou expressões utilizadas por aqueles que sustentam posições ideológicas que estão em jogo num processo sócio histórico (Pêcheux, 1988).

1.4.5 – FORMAÇÃO DISCURSIVA:

Define-se Formação Discursiva como aquilo que determina o que pode e deve ser dito de acordo com a posição do sujeito, na presença de uma Formação Ideológica, a qual existe a partir de uma posição determinada pelo estado de luta de classes que ocorre numa conjuntura sócio-histórica (Pêcheux, 1988).

Isso equivale a afirmar que as palavras ou expressões recebem seus sentidos das formações discursivas nas quais são produzidas, ou seja, os indivíduos são interpelados em Sujeitos falantes de seu Discurso pelas Formações Discursivas que representam na linguagem as Formações Ideológicas que lhes são correspondentes (Pêcheux, 1988).

Na Análise de Discurso admite-se que palavras ou expressões literalmente diferentes podem ter o mesmo sentido numa Formação Discursiva existente, o que representa uma condição para que cada palavra ou expressão seja dotada de Sentido (Pêcheux, 1988).

1.4.6 – CONDIÇÕES DE PRODUÇÃO

As condições sócio – histórico – ideológicas de produção do Discurso, dizem respeito às possibilidades de sua significação, construídas pela

memória discursiva e por um Sujeito descentrado, que tem uma posição a partir de lugares designados por regras de projeção da sociedade, dentro de um contexto sócio histórico (Orlandi, 2001).

As condições de produção trazem para a consideração dos efeitos de Sentidos os elementos que derivam da forma de nossa sociedade, tais como as suas instituições, como seus representantes são eleitos e como ela organiza o poder (Orlandi, 2001).

1.4.7 – SILENCIO

O Silêncio dentro na Análise do Discurso é definido como o lugar de recuo necessário para significação, para que o Sentido faça Sentido, onde as relações de poder em uma sociedade como a nossa produzem sempre a censura, de modo que há sempre um silêncio acompanhando as palavras (Orlandi, 2001).

Entretanto, uma vez silenciadas, se elas forem ditas, essas palavras mobilizam ou mobilizariam outras discursividades e outros sentidos, pois o sentido é sempre produzido de um lugar, a partir de uma posição do sujeito que ao dizer, não diz outros sentidos (Orlandi, 2001).

Pode – se considerar como tipos de Silêncio: o Fundador, que é aquele que faz com que o dizer signifique e o Silenciamento ou Política do Silêncio, que é o não dito, calado por outras palavras (Orlandi, 1995).

O Silenciamento pode se apresentar sob a forma de um Silêncio Constitutivo, no qual uma palavra apaga outras palavras, ou sob a forma de uma Censura, ou seja, aquilo que é proibido dizer em uma conjuntura.

Portanto, na Análise do Discurso, deve-se observar o que não está sendo dito ou o que não pode ser dito, pois as palavras se acompanham de

silêncio e são elas mesmas atravessadas de silêncio; conseqüentemente, isso tem que fazer parte da observação do analista, que dessa forma, pode fornecer conclusões diferentes a respeito de nossa compreensão dos sentidos e dos sujeitos em sua relação com o simbólico, com a ideologia e com o inconsciente (Orlandi, 2001).

2 – JUSTIFICATIVAS

Embora o discurso do controle da esquistossomose tenha se mostrado com enunciados consistentes e de maior abrangência a partir da década de 70 do que nas décadas anteriores, além do fato dos programas de combate a esquistossomose terem apresentado, resultados satisfatórios, mostrando certa redução da prevalência, e principalmente uma redução do número de formas graves da doença; ainda há uma preocupação com a estabilização do número de infectados há pelo menos 12 anos.

Interessante é que imaginariamente os elementos necessários para que o Estado erradique a esquistossomose mansoni já são conhecidos pela comunidade científica e pelo Ministério da Saúde, podendo ser resumidos da por meio das seguintes formulações:

- a) Inquérito Coproscópico
- b) Controle Malacológico
- c) Tratamento dos Infectados
- d) Educação em Saúde
- e) Mobilização Comunitária
- f) Saneamento Ambiental

Convém lembrarmos que desde 1989, após a criação do Sistema Único de Saúde, várias normas técnicas e seus respectivos discursos referentes ao controle da esquistossomose têm sido publicados no Âmbito do SUS, entretanto, esses discursos são feitos a partir do Ministério da Saúde e apesar da legislação determinar a municipalização da saúde pública; a

condução da política de saúde em relação à esquistossomose continua sendo exercida de forma centralizada pelo Estado.

Dessa forma resta ao município tão somente a execução e planejamento das ações de controle da esquistossomose mansoni, contidas nos programas elaborados pelo Ministério da Saúde, ficando aí caracterizada uma ação verticalizada de saúde por parte do Ministério.

Consideramos que essa verticalização pode estar colaborando para que o processo de significação das formulações acima listadas não se instale e dessa forma, pode estar fazendo com que essa doença não seja significada dentro das condições de produção de sua textualização.

As informações até aqui apontadas ao se configurarem como uma aparente contradição, nos leva à considerar a importância de como os sentidos dessas formulações se articulam dentro do SUS e quais as relações de sentido entre elas.

Além disso, Enunciados que a nosso ver poderiam constar no Discurso do Ministério da Saúde não o foram; dentre os quais podemos destacar:

- a) Erradicação da Esquistossomose
- b) Participação Social

No entanto, essa ausência desses enunciados indica uma discursividade e por esse motivo queremos compreendê-la.

Chamamos atenção para o fato de que em nenhuma das publicações oficiais por nós levantadas, há enunciados que contemplem a participação social por meio dos conselhos municipais de saúde, uma vez que segundo a legislação do SUS, caberia a esses conselhos participar da elaboração de

programas e de normas técnicas referentes ao controle da esquistossomose mansoni.

Consequentemente parece haver um predomínio do Discurso do Ministério Saúde, sobre Discurso do SUS, aqui entendido como conjunto de artigos ou enunciados, que existem sob condições de produção, visto que ocorre no bojo da reforma sanitária e sob a égide da Constituição de 1988.

Entretanto, outros discursos poderiam se originar, mas podem estar sendo silenciados pelo discurso do ministério da saúde, uma vez que os artigos que regem a Lei do SUS atribuiriam não somente aos Municípios a execução das ações preconizadas pelo Ministério da Saúde, mas também a elaboração desses programas pelos órgãos colegiados criados pela legislação do SUS.

Além disso, observamos no Discurso da Legislação do Sistema Único de Saúde uma ambigüidade lingüística interessante, mais precisamente uma ambigüidade semântica própria da língua (Harroche, 1992) presente em seus próprios enunciados.

Essa Ambigüidade do Discurso do SUS pode ter criado um contexto que tem permitido a ocorrência de uma Dispersão dos Sentidos de seu Discurso e dessa forma pode estar permitindo um predomínio do Discurso Ministerial que traz no seu bojo, ações de saúde verticalizadas.

Tradicionalmente a desambigüização lingüística seria feita por processos determinativos sintáticos, sejam eles de caráter religioso no passado ou de caráter jurídico na atualidade; ou seja, a desambigüização atualmente se daria pela existência de um Sujeito Jurídico, isto é, haveria uma submissão do sujeito ao Discurso (Harroche, 1992).

Quando consideramos o Discurso dentro dos fundamentos formulados por Pecheux, evidencia-se que, o sujeito sofre a pressão da Ideologia, aqui pensada como mecanismo para a produção de um imaginário na sociedade e para a produção de evidências; assim como é condicionado por seus desejos inconscientes; e assim; se constitui num Sujeito de Direito, capaz de abordar uma manifestação lingüística como uma discursividade e desambigüizá-la, o que é possibilitado pelo próprio Discurso (Harroche, 1992).

Tendo em vista o que foi até agora apresentado, as seguintes perguntas devem ser formuladas:

1ª) Quais as condições sócio – históricas – ideológicas de produção que estão na base do Discurso do Controle da Esquistossomose pelo Ministério da Saúde e na base Discurso do SUS ?

2ª) O Discurso do Controle da Esquistossomose pelo Ministério da Saúde silencia outros discursos ?

3ª) Caso haja realmente um silêncio, quais os elementos discursivos explicam a existência deste silenciamento ?

O Controle da Esquistossomose Mansoní no Brasil merece então ser estudado pela Análise do Discurso proposta por Pecheux e praticada por Orlandi no Brasil, cuja metodologia proposta permitirá encontrarmos as respostas para essas perguntas e cujos resultados podem ajudar na erradicação dessa doença em nosso país.

3 – OBJETIVOS

Compreender como os sentidos do discurso do controle da esquistossomose no âmbito do SUS foram produzidos; evidenciando possíveis silêncios, ambigüidades e dispersões existentes, assim como suas condições sócio – histórico - ideológicas de produção.

4 – MATERIAL E MÉTODOS

A metodologia utilizada no trabalho se baseou na Análise de Discurso preconizada por Eni Orlandi no Brasil que se fundamenta na Análise do Discurso de Linha Francesa proposta por Michel Pêcheux; portanto, serão adotados os seguintes procedimentos (Orlandi, 2001):

4.1 – CONSTITUIÇÃO DO “CORPUS DE PESQUISA”.

A escolha do material teve como critério a existência de documentos oficiais, referentes ao controle da esquistossomose mansoni na vigência do SUS nos últimos 12 anos, sendo que o corpus de pesquisa foi obtido nos “sites” de Busca de Periódicos Científicos da Internet por meio do provedor “Google”.

Os seguintes documentos foram então obtidos, nos quais foi realizada a Análise aqui proposta:

- a) Controle da esquistossomose: diretrizes técnicas – Fundação Nacional de Saúde – Ministério da Saúde – Brasília – DF – 1998.
- b) Esquistossomose mansônica – Guia de Vigilância Epidemiológica – Secretaria de Vigilância em Saúde – Departamento de Vigilância Epidemiológica – Ministério da Saúde – Brasília – DF – 2005.
- c) Oficina de Prioridades em Esquistossomose do Programa de Pesquisa e Desenvolvimento em Doenças Negligenciadas – Ministério da Saúde / Ministério da Ciência e Tecnologia – Edição Especial – 2008
- d) 1ª Reunião do Comitê Técnico Assessor do Programa de Vigilância e Controle da Esquistossomose Secretaria de Vigilância em Saúde – Ministério da Saúde – Brasília – DF – 2007
- e) Vigilância e Controle dos Moluscos de Importância Médica – cap. 7 – Secretaria de Vigilância em Saúde – Departamento de Vigilância Epidemiológica – Ministério da Saúde – Brasília – DF – 2007
- f) Vigilância e Controle dos Moluscos de Importância Médica cap. 9 – Secretaria de Vigilância em Saúde – Departamento de Vigilância Epidemiológica – Ministério da Saúde – Brasília – DF – 2007

g) Cadernos de Atenção Básica – Secretaria de Atenção Básica – Departamento de Atenção Básica – Ministério da Saúde – Brasília – DF – 2008

h) Legislação do Sistema Único de Saúde – 1988 ; 1990

4.2 – PROCEDIMENTOS ANALÍTICOS

a) Demonstração de recortes discursivos, considerados como unidades de análise, relacionados aos objetivos dessa tese, realizados a partir da superfície lingüística do corpus de pesquisa e que são feitos a partir da posição teórica do analista e das questões que a análise coloca (Orlandi, 1984). Para se buscar nesses recortes não somente uma regularidade discursiva, mas também palavras que estejam relacionadas aos objetivos dessa tese serão feitas marcações lingüísticas que se apresentarão sob a forma de palavras sublinhadas.

b) Elaboração de montagens discursivas a partir das marcações lingüísticas, tendo como elemento básico para elaboração dessas montagens, os significados dessas palavras encontrados no Dicionário Aurélio da Língua Portuguesa.

c) Constituição de um Objeto Discursivo a partir das montagens discursivas

d) Busca da Posição Sujeito em relação ao controle da esquistossomose

e) Constituição dos Sentidos do Discurso

f) Compreensão da Formação Discursiva do Discurso

g) Identificação das Condições de Produção do Discurso.

5 – RESULTADOS: A ANÁLISE

5.1 – RECORTES DISCURSIVOS

Deve – se aqui ressaltar que os recortes a serem apresentados nada mais são que reprodução de parte dos textos levantados e que serão apresentados abaixo, entre aspas e com letras diferentes das utilizadas na redação dessa tese:

Controle da esquistossomose: diretrizes técnicas – Fundação Nacional de Saúde – Ministério da Saúde: Brasília – DF – 1998.

[...] “O enfrentamento desse desafio, que está a exigir maior flexibilidade do programa, bem como a integração de suas ações ao Sistema Único de Saúde, é, portanto, uma das prioridades atuais”. “Alcançar essa meta é fundamental para conferir sustentabilidade às ações de controle, evitando que soluções de continuidade nas atividades verticalizadas resultem na rápida deterioração da situação atual”.

[...] “Dimensionamento do Problema:

- a) Reconhecimento geográfico*
- b) Inquérito coproscópico*
- c) Classificação de áreas*
- d) Metodologia*
 - i) delimitar áreas endêmicas e focais*
 - ii) identificar e monitorar áreas vulneráveis*
 - iii) diagnosticar e tratar populações humanas parasitadas*
 - iv) investigar e classificar casos da doença*
 - v) reduzir a densidade populacional de planorbídeos*
 - vi) implantar sistemas de eliminação de dejetos e abastecimento de água*

vii) *promover a educação para a saúde*

viii) *fomentar a participação da comunidade na luta contra a doença*

[...] *“Controle na Área Endêmica*

a) *Delimitação epidemiológica*

b) *Inquéritos coproscópicos*

c) *Quimioterapia*

i) *prevalência menor que 25% - tratamento somente dos casos positivos*

ii) *prevalência igual ou superior a 25% e menor que 50% - tratamento dos casos positivos e conviventes no domicílio“*

iii) *prevalência igual ou superior a 50% - tratamento de toda a população*

d) *Controle de planorbídeos com moluscocidas*

i) *recomendado para localidades com prevalência igual ou superior a 25%, quando obras de engenharia sanitária não forem viáveis*

e) *Medidas de saneamento ambiental*

i) *aterro de coleções hídricas*

ii) *drenagem ou retificação de leitos*

iii) *revestimento e canalização de cursos de água*

iv) *limpeza e remoção da vegetação domiciliar e/ou flutuante*

v) *abastecimento de água*

vi) *esgotamento sanitário*

vii) *controle do represamento de águas*

viii) *correção de sistemas de irrigação*

f) *Educação para a Saúde*

g) *“Mobilização comunitária”*

**Esquistossomose mansônica – Guia de Vigilância Epidemiológica
Secretaria de Vigilância em Saúde – Departamento de Vigilância
Epidemiológica – Ministério da Saúde – Brasília – DF – 2005.**

[...] a) “Controle de hospedeiros intermediários

- i) pesquisa de coleções hídricas*
- ii) tratamento químico de criadouros de importância epidemiológica*
- iii) controle biológico dos moluscos com espécies competidoras”*

[...] b) “A educação em saúde deve preceder e acompanhar todas as atividades

de controle e ser baseada em estudos dos comportamentos das populações”. A orientação da população, quanto à maneiras pelas quais se previne as doenças transmissíveis, é fator indispensável para o sucesso de qualquer campanha profilática. Realizada pelos agentes de saúde e por profissionais das unidades básicas, tem como público-alvo a população geral e escolar das localidades localizadas nas áreas endêmicas. Para tanto, utiliza várias técnicas pedagógicas e meios de comunicação de massa. As ações de educação em saúde e a mobilização comunitária são muito importantes no controle da esquistossomose, para promover atitudes e práticas que modificam as condições favorecedoras da transmissão”.

[...] c) “Controle dos portadores

- i) identificação dos portadores de por meio de inquéritos coproscópicos, deve fazer parte da programação das secretarias municipais de saúde.*
- ii) quimioterapia dos portadores, visando reduzir a carga parasitária e impedir o aparecimento de formas graves.*
- iii) participação das equipes do Programa Saúde da Família, em conjunto com os agentes de saúde do Programa de Controle da Esquistossomose*

- [...] d) “Saneamento ambiental: reconhecida como a de maior eficácia por dificultar a proliferação e o desenvolvimento dos hospedeiros intermediários, bem como impedir que o homem infectado contamine as coleções de águas; e incluem:
- i) coleta e tratamento de dejetos, abastecimento de água potável, instalações hidráulicas e sanitárias, aterros para eliminação de coleções hídricas”

PRIORIDADES EM ESQUISTOSSOMOSE – OFICINA DE PRIORIDADES DE PESQUISA – PROGRAMA DE PESQUISA E DESENVOLVIMENTO EM DOENÇAS NEGLIGENCIADAS – DEPARTAMENTO DE CIÊNCIA E TECNOLOGIA – SECRETARIA DE CIÊNCIA TECNOLOGIA E INSUMOS ESTRATÉGICOS – MINISTÉRIO DA SAÚDE – EDIÇÃO ESPECIAL – 2008

[...] “O Ministério da Saúde, por intermédio das Secretarias de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos (SCTIE) e de Vigilância em Saúde, e o Ministério da Ciência e Tecnologia, por meio do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), promoveram a Oficina de Prioridades de Pesquisa em Doenças Negligenciadas. O objetivo foi provocar o debate entre pesquisadores e gestores da área de saúde para a definição dos temas de pesquisa em doenças negligenciadas que comporão a chamada pública a ser lançada pelo Departamento de Ciência e Tecnologia (DECIT) e pelo CNPq ainda em 2008”.

[...] “Alguns integrantes da platéia deram sugestões, como a inclusão de representantes da sociedade civil, da indústria e do Ministério de Educação nas próximas oficinas e em seguida, foram formados sete grupos de trabalho, um para cada doença negligenciada, compostos por pesquisadores e gestores”.

[...] “A Oficina de Prioridades em Esquistossomose”

“Um dos grandes problemas de Saúde Pública no Brasil, a esquistossomose necessita de pesquisas que gerem novos instrumentos,

saberes e estratégias para seu controle e tratamento. Coordenada por Rodrigo Oliveira, do Centro de Pesquisa René Rachou / Fiocruz, a Oficina de teve a participação de técnicos do Decit, da SVS, além da Fiocruz, da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul e da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto". "O grupo elaborou minuta de edital para contemplar projetos, de preferência integrando grupos de pesquisa, contemplando as seguintes linhas:

- a) *Epidemiologia;*
- b) *Vigilância e Controle*
- c) *Avaliação das medidas de prevenção e acesso aos serviços*
- d) *Diagnóstico*
- e) *Fármacos e moluscocidas*
- f) *Antígenos candidatos à Vacina*

A partir das discussões, elaboraram um documento que sugere a implementação de um programa com investimentos significativos para capacitação de pessoal e adequação de infra-estrutura para o desenvolvimento de pesquisas relacionadas a doenças negligenciadas. Esse documento foi encaminhado aos demais grupos na oficina de prioridades e será encaminhado à SCTIE/MS para análise.

Em consonância com as metas do Programa Mais Saúde e do Plano de Ação de Ciência e Tecnologia do Programa de Aceleração de Crescimento, o documento proposto abrange os seguintes itens: capacitação institucional e de recursos humanos, infra-estrutura para desenvolvimento de produtos, criação de um centro nacional de referência em toxicologia para testes não-clínicos de avaliação de fármacos e biológicos e marcos regulatórios. A recomendação

dos integrantes da oficina é que a SCTIE lidere a implementação desse programa”

1a Reunião do Comitê Técnico Assessor do Programa de Vigilância e Controle da Esquistossomose Secretaria de Vigilância em Saúde – Ministério da Saúde – Saúde – Brasília – DF – 2007

“Competências do nível municipal”

- a) *“Exames coproscópicos e tratamento de portadores”*
- b) *“Definição de áreas de transmissão e de risco”*
- c) *“Análise de dados para o local de transmissão”*
- d) *“Planejamento e acompanhamento das ações”*
- e) *“Programação pactuada integrada”*
- f) *“Identificação de localidades prioritárias”*
- g) *“Programação de atividades”*
- h) *“Desenho das estratégias no nível local”*
- i) *“Medidas de saneamento”*
- j) *“Política pública municipal”*
- k) *“Gestão ambiental”*
- l) *“Educação da população e dos profissionais de saúde”*

Vigilância e Controle dos Moluscos de Importância Médica – cap. 7 – Secretaria de Vigilância em Saúde – Departamento de Vigilância Epidemiológica – Ministério da Saúde – Brasília – DF – 2007

[...] a) “Atualmente, a estratégia é conjugar o controle quimioterápico com medidas preventivas como educação em saúde e o saneamento. “O controle dos moluscos é recomendado apenas em casos especiais e em caráter complementar ”.

[...] b) “Ações de Educação em Saúde Associadas ao Controle Malacológico”: a esquistossomose é um exemplo de doença relacionada aos modos

de viver, as práticas e às atitudes das populações, motivos pelos quais as medidas para o seu controle exigem, o envolvimento da comunidade”. Nesse sentido, é imprescindível o aporte de metodologias da educação em saúde, capazes de viabilizar a concretização da participação comunitária. Nas áreas endêmicas, a educação em saúde tem que se basear nos contatos pessoais, na aproximação dos grupos primários e na elaboração de programas coordenados com outras entidades: escola, a igreja.

“Cada profissional de saúde deve aproveitar todas as oportunidades do Trabalho para ser um educador, de modo que em cada contato seu com os membros da comunidade se estabeleça verdadeiramente uma comunicação de idéias e de sentimentos. Não há técnica nem material educativo que possa substituir essa capacidade de compreender e de fazer compreender. Não existem métodos padronizados para essa tarefa de educação em saúde, pois a educação é fundamentalmente educação social. Como os grupos e as pessoas não são estáticos, cada situação deve ser enfrentada com uma atitude experimental. A avaliação deve ser um processo constante e a base da qual devem ser replanejadas e reorientadas as atividades de campo”. “A abordagem que inclui a comunidade, através de programas integrados visando à melhoria das condições gerais de saúde e de vida é a única que pode assegurar resultados duradouros e econômicos no controle da esquistossomose”.

[...] “As seguintes medidas são exemplos de procedimentos, coletivos e individuais, úteis contra os caramujos na prevenção da esquistossomose:

- i) *não deixar que poças se formem em torno de habitações, pois os caramujos conseguem viver nelas e as pessoas, podem se contaminar*
- ii) *limpar os leitos dos riachos e das valas para aumentar a velocidade e a força das águas, e assim, dificultar a sobrevivência dos caramujos*
- iii) *evitar que restos de comidas, e outros produtos ricos em matérias orgânicas cheguem até as águas pois servem de alimentos para os caramujos*
- iv) *pessoas que vivem em locais rurais e isolados, que por qualquer motivo não possam usar sanitários, procurar locais distantes das águas para fazer suas necessidades fisiológicas e cobrir as fezes com terra*
- v) *pessoas obrigadas a trabalhar dentro de águas suspeitas devem usar botas e luvas impermeáveis para diminuir o risco*
- vi) *quando as atividades de trabalho, de banho e de recreação precisarem ser realizadas as pessoas devem fazê-las em locais longe dos pontos de dejetos e de focos conhecidos de caramujos*
- vii) *evitar entrar nas águas suspeitas de contaminação em horários mais quentes e de maior luminosidade – maior atividade de transmissão*

Vigilância e Controle dos Moluscos de Importância Médica – cap. 8 – Secretaria de Vigilância em Saúde – Departamento de Vigilância Epidemiológica – Ministério da Saúde – Brasília – DF – 2007

- [...] a) “Controle dos hospedeiros intermediários”;
- b) “Melhoramento dos Serviços de Saúde Pública”;
- c) “Tratamento da água para abastecimento de comunidades, saneamento básico, educação em saúde e educação ambiental”;
- d) “Tratamento de portadores”;
- e) “Proteção de indivíduos de tal modo que previna a penetração da cercária”
- f) “Participação da comunidade no controle da esquistossomose”;

**Cadernos de Atenção Básica – Secretaria de Atenção Básica –
Departamento de Atenção Básica – Ministério da Saúde – Brasília – DF –
2008**

[...] a) “Agente de Combate às Endemias”

- i) “realizar a aplicação de moluscocidas”*
- ii) “realizar inquéritos coproscópicos”*
- iii) “realizar identificação de coleções hídricas de importância epidemiológica”*

[...] b) “Agente Comunitário de Saúde e Agente de Combate às Endemias”

- i) “identificar os casos suspeitos e encaminha-los à unidade de saúde”*
- ii) “supervisionar a tomada de medicação”*
- iii) “investigar a existência de casos a partir do caso confirmado”*
- iv) “proceder a distribuição de recipientes de coleta”*
- v) “receber resultado do exame e providenciar acesso do paciente ao tratamento”*
- vi) “atuar junto aos domicílios orientando os moradores sobre a doença”*
- vii) “orientar a população sobre a forma de evitar locais de risco”*
- viii) “promover reuniões com a comunidade e mobilizá-la para ações de prevenção”*
- ix) “mobilizar a comunidade para desenvolver medidas de manejo ambiental”*

[...] c) “Médico”

- i) “diagnosticar precocemente a esquistossomose”*
- ii) realizar o tratamento”*
- iii) “encaminhar os casos graves à unidade de referencia”*
- iv) “notificar os casos”*
- v) “enviar mensalmente ao setor competente as informações epidemiológicas referentes à esquistossomose”.*

vi) “*analisar os dados e planejar intervenções junto à equipe*”

vii) “*participar das atividades de educação permanente da equipe*”

Legislação do Sistema Único de Saúde – 1988 – 1990

A) CONSTITUIÇÃO FEDERAL

Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

Art. 197. São de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao Poder Público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle.

Art. 198. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

I - descentralização com direção única em cada esfera de governo;

II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;

III - participação da comunidade.

Art. 200 Ao sistema único de saúde compete, além de outras atribuições:

I - controlar e fiscalizar procedimentos, produtos de interesse para a saúde e participar da produção de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos e hemoderivados

II - executar as ações de vigilância sanitária, epidemiológica e de saúde do trabalhador;

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

VIII - colaborar na proteção do meio ambiente nele compreendido o do trabalho.

B) LEI 8080 – 19/09/90 – DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)

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

§ 1º “O dever do Estado de garantir a saúde consiste na formulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos ...”.

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

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

Art. 5º São objetivos do SUS:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

VIII - participação da comunidade;

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

a) ênfase na descentralização dos serviços para os municípios;

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

X - integração em nível executivo das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico;

XI - conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios na prestação de serviços de assistência à saúde da população;

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

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

Art. 8º As ações e serviços de saúde, executados pelo SUS, serão organizados de forma regionalizada e hierarquizada em níveis de complexidade crescente.

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

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

II - no âmbito dos Estados e do Distrito Federal, pela respectiva Secretaria de Saúde

III - no âmbito dos Municípios, pela respectiva Secretaria de Saúde.

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

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

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

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

VIII - elaboração e atualização periódica do plano de saúde

C) LEI 8.142

Art. 1º O Sistema Único de Saúde (SUS), contará, em cada esfera de governo, sem prejuízo das funções do Poder Legislativo, com as seguintes instâncias colegiadas:

I - a Conferência de Saúde; e

II - o Conselho de Saúde

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

§ 2º O Conselho de Saúde, em caráter permanente e deliberativo, órgão colegiado composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões serão homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera do governo.

§ 4º A representação dos usuários nos Conselhos de Saúde e Conferências será paritária em relação ao conjunto dos demais segmentos.

5.2 – MONTAGENS DISCURSIVAS

Inicialmente foram apontados pelas marcações lingüísticas; os vocábulos Controle, Inquérito, Diagnóstico, Tratamento, Educação,

Saneamento, Hierarquia, Regulamentação, Mobilização, Participação, Conselho de Saúde e Conferencia de Saúde.

Em seguida encontraram-se os significados dessas palavras no Dicionário Aurélio da Língua Portuguesa, exceto os significados dos vocábulos Conselho de Saúde e Conferencia de Saúde, que foram obtidos na legislação do SUS, pelo fato deles inexistirem no dicionário.

Dessa forma foi possível elaborar as seguintes montagens discursivas à partir dos seus significados:

- a) Controle: domínio, governo, fiscalização exercida sobre as atividades de pessoas, órgãos, e departamentos para que as atividades não se desviem das normas pré – estabelecidas.
- b) Inquérito: conjunto de atos ou diligencias com que se visa apurar alguma coisa, colher informações por ordem superior.
- c) Diagnóstico: conhecimento de uma doença pelos sintomas
- d) Tratamento: curar, medicar.
- e) Educação: processo de desenvolvimento da capacidade física, intelectual e moral do ser humano visando uma melhor integração social e individual; ensinar, punir.
- f) Saneamento: tornar são, habitável, respirável, curar, sanar, remediar, reparar, restituir ao estado normal, tranquilizar.
- g) Hierarquia: ordem e subordinação dos poderes eclesiásticos, civis e militares; graduação da autoridade correspondente às várias categorias de funcionários públicos.
- h) Regulamentação: disposição oficial para explicar a execução de uma lei, ordem superior, determinação, conjunto de normas.

- i) Mobilização: arregimentação para uma ação política ou reivindicatória, fazer passar tropas de estado de paz para o de guerra, conjunto de medidas governamentais e militares destinadas à defesa de um país ou à preparação dele para determinada ação militar,
- j) Participação: tomar parte, fazer saber, informar, anunciar, comunicar, associar-se pelo pensamento, ter traço em comum.
- k) Conselho de Saúde: órgão colegiado deliberativo composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e por usuários de forma paritária, que no SUS atua na formulação de estratégias de saúde, no controle da execução da política de saúde e no seu controle financeiro, cujas decisões serão homologadas pelo chefe do poder em cada esfera de governo.
- l) Conferencia de Saúde: órgão colegiado com representação dos diversos segmentos sociais que será reunido à cada quatro anos, para avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde do SUS nos níveis correspondentes.

5.3 – OBJETO DISCURSIVO

Os seguintes em enunciados compuseram o seguinte Objeto Discursivo:

- a) Controle da Esquistossomose – Controle de Portadores – Controle de Moluscos (planorbídeos, hospedeiros intermediários)
- b) Inquérito Coproscópico
- c) Diagnóstico da Doença e Tratamento dos Portadores
- e) Educação em Saúde

- f) Mobilização da Comunidade
- g) Saneamento Ambiental e Saneamento Básico.
- h) Hierarquia e Regulamentação do SUS pelo Poder Público.
- i) Participação da Comunidade no controle e na luta contra a esquistossomose
- j) Participação da Comunidade no Conselho e na Conferência de Saúde (onde os usuários têm representação paritária), na elaboração das políticas de saúde, deliberando a seu respeito e controlando a execução das ações de saúde.

5.4 – POSIÇÃO SUJEITO

A posição sujeito de onde se fala se faz a partir do Ministério da Saúde, através de instituições à ele subordinadas, aqui no caso a Fundação Nacional de Saúde (FUNASA), a Secretaria de Atenção Básica (SAB) e a Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS) e a Secretaria de Ciência Tecnologia e Insumos Estratégicos (SCTIE).

As formulações que se originam dessas instituições, com exceção da textualização do SUS, atribuem aos profissionais de saúde tão somente as funções de executar as ações previamente elaboradas, normatizadas e verticalizadas pelas referidas instituições.

Como exemplo da verticalização, apontamos a textualização dos Cadernos de Atenção Básica da SAB e a textualização do Comitê de Controle e Vigilância da SVS.

5.5 – CONSTITUIÇÃO DOS SENTIDOS DO DISCURSO

Quanto a tipologia dos sentidos, achamos necessário trabalhar com esse item da Análise do Discurso para que pudesse servir como ancoragem analítica; tendo sido evidenciado então que o discurso do controle da esquistossomose mansoni apresenta-se sob a forma de diversos lugares, à saber:

a) Institucional Estatal: pelo fato dos discursos apresentarem com regularidade a Palavra Controle e Inquérito.

b) Médico – Terapêutico: por ser decorrente das palavras diagnóstico, inquérito (sentido de diagnóstico), exames coprocópicos e tratamento ou quimioterapia.

c) Político – Científico: decorrente da decisão política de se investir em linhas de pesquisa na Oficina de Esquistossomose em particular para Novas Drogas e Antígenos Candidatos a Vacina, a partir de uma decisão política.

d) Educativo: pelo Discurso preconizar a Educação em Saúde.

e) Ambientalista: por apresentar enunciados relativos a medidas locais de aterros, drenagens, abastecimento de água e esgotamento sanitário.

f) Social – Colaborativo: pelo fato da discursividade preconizar a Participação da Comunidade na luta contra a Esquistossomose e a Mobilização da Comunidade para o controle da Esquistossomose; aqui no caso esse sentido se materializa numa subordinação ao Estado.

g) Legislativo: por conter uma discursividade baseada em artigos da lei do SUS, cujas marcações foram regulamentação e hierarquia.

h) Controlador Social: pelo fato da lei do SUS estabelecer a Participação da Comunidade por meio dos conselhos e das conferências de saúde nas decisões referentes ao Sistema Único de Saúde.

5.6 – FORMAÇÕES DISCURSIVAS

A discursividade que organiza os sentidos do Discurso do Controle da Esquistossomose é constituída pelas seguintes Formações Discursivas:

a) Formação Discursiva Institucional Estatal.

Essa formação ao configurar um sentido Institucional Estatal, se expressa sob a forma de Controle, onde o Ministério da Saúde, ao realizar o Discurso por meio de normas técnicas, exerce um poder de estado, inclusive incorporando o sentido social colaborativo, controlando assim a Participação e a Mobilização da Comunidade na luta contra a esquistossomose.

Esse poder é exercido na elaboração da política de controle da esquistossomose e na verticalização das ações conforme pôde ser visto nos Cadernos de atenção básica e nos enunciados do Comitê Técnico Assessor do Programa de Vigilância e Controle da Esquistossomose.

b) Formação Discursiva Médica:

Ao configurar um Sentido Médico Terapêutico no Discurso do Controle da Esquistossomose, essa formação discursiva incorpora os saberes médicos da Clínica, da Patologia, da Terapêutica e da Imunologia, pelo Ministério da Saúde para referenciar uma das formas de se intervir no controle da esquistossomose, por meio de Diagnóstico, Exames Coproscópicos, Tratamento e Vacinas.

c) Formação Discursiva Político – Tecno – Científica:

Essa discursividade ao configurar um sentido Político – Científico, expressa a decisão política do Ministério em financiar linhas de pesquisas para o controle da esquistossomose, enfatizando o desenvolvimento de vacinas e de novas drogas; política esta, executada pela SCTIE.

d) Formação Discursiva Educacional

Ao configurar um Sentido Educativo no discurso em questão, essa formação preconiza o processo de ensinar a ter hábitos de higiene, dentro dos padrões estabelecidos pelo Ministério da Saúde.

e) Formação Discursiva Sanitária

Essa formação ao configurar um Sentido Ambientalista, expressa em sua discursividade medidas de manejo ambiental, predominantemente voltadas para o esgotamento sanitário e para manejo da rede hídrica das áreas endêmicas, preconizadas pelo Ministério da Saúde.

f) Formação Discursiva Jurídico – Legislativa:

Ao configurar um Sentido Legislativo, essa formação da textualização do SUS se reveste de atribuições legais à cada uma das esferas de Governo para regulamentar, fiscalizar e controlar as ações e serviços públicos de saúde, organizados de forma regionalizada e hierarquizada; além da atribuição à essas esferas de Governo na participação da formulação de políticas e execução de serviços de Saneamento Básico.

g) Formação Discursiva Jurídico – Democrática

Essa formação ao configurar um Sentido Controlador Social, se expressa pelo fato da Lei do SUS conter o direito da Comunidade de Participar na elaboração das políticas de saúde e na fiscalização dessas por meio de

instancias colegiadas e desse modo permitir a sociedade em controlar a execução dessas políticas, inclusive no aspecto financeiro, por meio dos conselhos e conferencias de saúde, onde a representação dos usuários é paritária em relação ao conjunto dos demais segmentos e cujas decisões serão homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera do governo.

Portanto, além de existir um pré construído que produz a necessidade do controle social se exercer; os processos de significação que observamos mostram a dificuldade e seu conseqüente silenciamento, de fazer com que a Participação – Social; Controle – Social se efetive numa real escuta do Poder Público daquilo que a população fale.

5.7 – CONDIÇÕES DE PRODUÇÃO

Para melhor se compreender as condições de produção do Discurso do Controle da Esquistossomose Mansoni, apontamos a existência de duas formulações básicas; uma constituída pela Lei SUS que pode ser considerada como um Discurso; outra constituída pelas textualizações elaboradas pelo Ministério da Saúde através da SVS, da SAB, da FUNASA e da SCTIE, que constituem o próprio Discurso do Controle da Esquistossomose.

O Discurso do SUS passa á ser produzido no período de Redemocratização do Brasil, cujo marco inicial é a realização da 8ª Conferencia Nacional de Saúde e a formação da Comissão Nacional da Reforma Sanitária; culminando com a promulgação de uma nova constituição em 1988, que se caracteriza por ser mais democrática que as anteriores e se consolidando com a elaboração da Lei Orgânica do SUS em 1990.

Esse Discurso é o lugar onde é produzido o sentido Legislativo, relacionado ao enunciado Saneamento Básico, referente à regulamentação e hierarquia do poder público sobre SUS; assim como é o lugar onde também é produzido o sentido Controlador Social referente aos Conselhos e Conferências de Saúde.

As condições de produção nos últimos 12 anos em que ocorre a produção do Discurso do Controle da Esquistossomose pelo Ministério da Saúde, aqui considerado, ocorrem na vigência de uma democracia estável e representativa, e sob a égide da legislação do SUS que está em vigor até os dias de hoje.

Sob essas condições de produção observa-se que os enunciados Controle da Esquistossomose, Diagnóstico e Tratamento dos Portadores, Saneamento Ambiental e Educação em Saúde aparecem de forma regular em praticamente todos os Discursos das instituições subordinadas ao Ministério da Saúde.

Embora outros sentidos estejam presentes conforme ficou acima demonstrado, a rede de significação desse discurso é composta principalmente; por um sentido Institucional Estatal, por um sentido Médico – Terapêutico, por um sentido Educativo e por um sentido Ambientalista.

É relevante destacar que os enunciados, Participação da Comunidade no Controle da Esquistossomose e Mobilização da Comunidade na Luta contra a Esquistossomose, que não existiam no discurso do PECE, passam a integrar o Discurso da Fundação Nacional de Saúde de 1998.

Merece também destaque, o fato desses enunciados, passarem a ser textualizados pelo Ministério da Saúde separadamente em duas

discursividades distintas e pertencentes a diferentes instituições subordinadas a esse Ministério nos anos de 2007 e de 2008.

A Participação da Comunidade que configuraria um Sentido Social – Colaborativo, então, passa a pertencer à textualização do Controle de Moluscos, que é enunciada pelo Departamento de Vigilância Epidemiológica da SVS em 2007; entretanto, evidenciamos que nesse mesmo período passa a existir a textualização do Comitê de Vigilância e Controle da mesma Secretaria cuja discursividade acentua o sentido Institucional – Estatal, produzido pelo Discurso do Controle da Esquistossomose, ao enunciar as competências do nível municipal característica da política de verticalização de uma ação de Saúde exercida por parte do Ministério.

Da mesma forma o enunciado Mobilização da Comunidade, que também produz um sentido Social – Colaborativo, passa a integrar a textualização dos Cadernos de Atenção Básica em 2008, formulada pela SAB; entretanto, evidencia-se nesse mesmo ano a formulação do Discurso da Oficina em Esquistossomose do Programa de Pesquisa em Doenças Negligenciadas, feita pela SCTIE.

Dessa maneira o sentido Social Colaborativo está subordinado às formulações do Departamento de Vigilância Epidemiológica da SVS e controlado pelo Comitê de Vigilância da SVS, assim como está subordinado e controlado pela Secretaria de Atenção Básica, inexistindo na Oficina em Esquistossomose e assim acaba sendo dissignificado.

A discursividade da Oficina em Esquistossomose ao possuir um sentido Político – Científico, tem como fundamentação para ser formulada uma decisão política do Estado, além de apresentar alguns de seus enunciados

produzidos por pesquisadores pertencentes a instituições de ensino e de pesquisa, os quais estabelecem as linhas de pesquisa em Esquistossomose a serem financiadas pelo Ministério da Saúde.

A ausência do enunciado Participação da Comunidade e a colocação da necessidade de uma participação da sociedade nas próximas oficinas, evidencia que a sociedade civil está excluída da elaboração de prioridades de pesquisa em esquistossomose mansoni a serem financiadas pelo estado, fato que caracteriza ainda mais a centralização e o controle da política de saúde em relação à Esquistossomose Mansonii pelo Ministério.

O enunciado Participação da Comunidade, pertencente ao Discurso do SUS, ao possuir um sentido democrático, atribui um direito à sociedade de participar das decisões políticas referentes ao combate à esquistossomose, inclusive de participar na Oficina da Esquistossomose, entendida como uma política de saúde.

Os enunciados Regulamentação e Hierarquia que também pertencem ao Discurso do Sistema Único de Saúde, ao possuírem um sentido Legislativo, atribuem uma prerrogativa legal ao Ministério da Saúde para Controlar o SUS num regime democrático que vigora no Brasil.

6 – DISCUSSÃO

Ao observar o mosaico de formações discursivas e de diferentes sentidos no Discurso do Controle da Esquistossomose, evidencia-se que não existem outras formulações sobre esse tema a partir das instâncias colegiadas do Sistema Único de Saúde, pois todas as discursividades, com exceção da do SUS, são enunciadas exclusivamente pela FUNASA, pela Secretaria de Atenção Básica, pela Secretaria de Ciência e Tecnologia e em maior número pela Secretaria de Vigilância em Saúde.

Essas instituições, subordinadas ao Ministério da Saúde, produzem esse discurso em períodos diferentes de Governos e de Ministérios ligados a diferentes partidos após a promulgação da constituição de 1988, mas sempre o textualizam assumindo a centralização da política de saúde no combate a Esquistossomose.

Dessa forma essas instituições verticalizam as ações de controle para a esquistossomose conforme consta na textualização da FUNASA e na formulação do Comitê de Vigilância, as quais são executadas pelos profissionais da saúde, fato muito bem exemplificado, na textualização dos Cadernos de Atenção Básica.

Pelo fato dos enunciados: Inquérito Coproscópico, Diagnóstico da Doença e Tratamento dos Portadores, e Educação em Saúde, integrantes dessa rede, assemelhem-se aos da textualização do PECE; compreendemos que o Discurso do Controle da Esquistossomose, possui uma memória discursiva que se projeta na atualidade.

A Memória Discursiva:

A Memória Discursiva desse discurso por sua vez, se originou nos primórdios da elaboração de políticas públicas de saúde no Brasil, cujo modelo remonta ao início do século vinte e que foi executado pelo Estado até o final dos anos sessenta (Mendes, 1999).

Esse modelo ficou conhecido como Modelo Campanhista de intervenção na saúde pública ou Sanitarismo Campanhista, no qual também eram incluídas obras de urbanização e saneamento; que assim foi aplicado ao controle das epidemias no período da República Velha (Luz, 1991).

O Sanitarismo Campanhista se baseava na articulação de uma ideologia militar, adotada pelos higienistas do exército norte americano em Cuba no início do século XX para combater a febre amarela, com os fundamentos da microbiologia de Pasteur, como forma de intervenção médica na saúde pública no Brasil (Luz, 1991).

Essa intervenção campanhista então era revestida caráter militar, repressivo e punitivo, cujas ações eram realizadas pela polícia sanitária; além de incluir obras de saneamento que também foram executadas de forma autoritária (Luz, 1991).

A gestão desse modelo nessa época era exercida por uma estrutura administrativa constituída inicialmente pela Diretoria Geral de Saúde, que posteriormente passaria a existir como Departamento Federal de Saúde Pública até 1930, ambos então subordinados ao Ministério da Justiça (Mendes, 1999).

Dessa forma essas instituições realizavam um forte controle na elaboração de políticas públicas, fundamentada no Sanitarismo Campanhista

que impregnou todas as instituições públicas de saúde até o final dos anos 60 (Luz, 1991), cujo exemplo a ser citado foi obrigatoriedade da Vacina contra a Febre Amarela que culminou com a Revolta da Vacina no Rio de Janeiro em 1904.

Embora o Departamento Federal de Saúde Pública tenha sido extinto no período da Ditadura Vargas, com a criação do Ministério da Educação e Saúde Pública em 1930; a gestão administrativa, a elaboração e a execução da política nacional de saúde, continuaram a ser as mesmas do Campanhismo; só que conduzidas por departamentos de administração direta pertencentes ao recém criado Ministério (Luz, 1991).

Esses departamentos foram reformulados em 1941, já na vigência do Estado Novo, com a criação dos Serviços e Divisões Nacionais, dentre os quais destacamos a Divisão de Organização Sanitária, na qual pela primeira vez, observa – se uma política de saúde pública voltada para a Esquistossomose, que passa então a integrar esse serviço (FUNASA, 2008).

Outros serviços que foram criados nessa ocasião e que terão importância na compreensão da produção do Discurso do Controle da Esquistossomose foram o Serviço Nacional de Educação Sanitária (SNES) criado em 1941, que nada mais foi do que a reformulação do antigo Serviço de Propaganda e Educação Sanitária, pertencente ao extinto Departamento Federal de Saúde e; o Serviço Especial de Saúde Pública (SESP) em 1943 (FUNASA, 2008).

Nesse mesmo período, mas em 1944 é criado o Serviço Nacional de Helminthoses, também com a atribuição de atuar no combate à esquistossomose (FUNASA, 2008).

Com o fim do Estado Novo, o Ministério da Saúde é criado em 1953, o DENERU a ele subordinado é implantado em 1956 com a conseqüente elaboração do Plano Piloto para o Controle da Esquistossomose na década de 60 (FUNASA, 2008).

Mesmo com essas mudanças, a ideologia campanhista de intervenção na saúde persistiu na estrutura administrativa da saúde pública, configurando o modo gestão centralizador e autoritário com que se conduziu a saúde pública no Brasil da até o final dos anos 60 (Luz, 1991).

Já no período da ditadura militar nos anos 70, os traços institucionais dessa estrutura administrativa centralizadora, que caracterizaram o perfil autoritário com que foi conduzida a política de saúde pública no Brasil ao longo dos anos, foram mesclados com um modelo curativo da atenção médica previdenciária, que passara a vingar desde os anos 30 em paralelo com o Sanitarismo Campanhista (Luz, 1991)

Exemplo dessa síntese é a criação da Superintendência de Campanhas de Saúde Pública (SUCAM), subordinada na ocasião ao Ministério da Saúde, que foi responsável pela execução do PECE, cujas ações foram realizadas pelos então denominados Guardas Sanitários e cuja discursividade, muito se assemelha a do Discurso atual do Ministério da Saúde.

Fica então caracterizado que a Formação Discursiva Médica e a Formação Discursiva Institucional Estatal, existentes no discurso do Controle da Esquistossomose são projeções da Memória Discursiva do PECE, originada pela fusão do Campanhismo com o Curativismo.

Já com o advento da textualização do SUS, o Discurso do Controle da Esquistossomose passa a ser afetado uma rede discursiva, em que a

Participação da Comunidade no controle do SUS, a Educação em Saúde e o Saneamento Ambiental passam a fazer dessa discursividade.

Entretanto, apesar do SUS se constituir pela afirmação da necessidade do Controle Social, este sentido não se projeta nas outras textualizações aqui consideradas; além disso, outro sentido que se perde é o da descentralização que fica revestido de uma verticalização.

Compreende – se então que, a memória discursiva do Ministério da Saúde, teve origem na implantação Sanitarismo Campanhista, foi se desenvolvendo aos poucos dentro Serviços Nacionais, no DENERU e passou a se constituir como Memória a partir da criação da SUCAM e da elaboração do PECE.

Dessa forma o Discurso do Controle da Esquistossomose se projeta como memória, não somente por possuir uma formação discursiva institucional estatal e médica impregnadas pelo saber discursivo campanhista e médico curativo, mas também pelos seus respectivos sentidos, médico terapêutico e institucional estatal, apresentarem forte relação com o controle da política de saúde para essa doença que o Ministério tem exercido ao longo dos anos.

Comprendemos também que esse controle se faz através de uma Ação de Poder de Estado exercida pelos vários Ministérios ao longo do século 20; assim como também é devida a uma Ação de Aparelho Repressivo de Estado (Althusser, 1974).

Essa última Ação vem sendo executada então ao longo desses anos, pelas diversas instituições subordinadas aos Ministérios e sob nas várias formas de governo, quase todos autoritários, que vêm administrando o Brasil desde a Proclamação da República até o surgimento do SUS.

As ações de Aparelho Repressivo de Estado segundo Althusser são caracterizadas pela violência que não precisa necessariamente física, portanto, conforme foi demonstrado até agora, essas ações passaram gradativamente de uma violência física e jurídica, características do Sanitarismo Campanhista, para uma violência normativa institucional, através de uma política de verticalização das ações de saúde exercida pelas instituições do Ministério da Saúde, quando da descentralização da gestão da Saúde Pública para os Municípios após a criação do SUS.

Para uma melhor compreensão desses fatos, julgamos também ser necessário encontrar as condições de produção dessa memória discursiva cuja origem ocorre na conjuntura sócio – histórica no período da implantação do Sanitarismo Campanhista, ocasião onde a economia brasileira era sustentada por uma monocultura cafeeira exportadora, situação em que o Brasil encontrava-se sob o domínio político oligárquico, através da política do café com leite, do coronelismo e do clientelismo político.

Dessa forma enquanto a economia brasileira se baseava num modelo agro-exportador da monocultura cafeeira, o que se exigia do sistema de saúde era uma política de saneamento destinado aos espaços de circulação e exportação das mercadorias (Mendes, 1999).

A erradicação das doenças infecciosas era necessária, pois elas poderiam prejudicar a exportação, assim como deixar de atrair os imigrantes que trabalhavam nas lavouras, e por essa razão é que até os anos 60, predominou o modelo do Sanitarismo Campanhista exercido pelo Governo Federal (Mendes, 1999).

No final dos anos 60 e início da década de 70, a economia brasileira já possuindo como pilar de sustentação a indústria, requer uma abordagem diferente no modo de se intervir na saúde pública por parte do governo (Mendes, 1999).

Então a industrialização passa dominar a economia do Brasil, determinando o deslocamento de seu pólo dinâmico para os centros urbanos, gerando então, uma massa operária que deveria ser atendida com outros objetivos pelo sistema de saúde; dessa forma, já não era mais necessário sanear os portos, mas atuar sobre o corpo do trabalhador, mantendo e restaurando sua capacidade produtiva (Mendes, 1999).

Para se atingir então esse objetivo é que durante o período do milagre econômico na década de 70, durante a ditadura militar, a centralização do poder institucional estabeleceu no Brasil uma nova forma de se elaborar uma política nacional de saúde pública.

Essa nova política articulou traços institucionais do sanitarismo campanhista com o modelo curativo da atenção médica previdenciária, iniciado no período populista da ditadura Vargas na década de 30, criando uma estratégia de medicalização social sem precedentes na história do país (Luz, 1991).

Conforme visto anteriormente é no período do regime militar é criado o PECE, que além de possuir enunciados semelhantes aos do Discurso do Controle da Esquistossomose na atualidade, possui uma estratégia de ação que ao ser descrita, lembra muito uma ação militar, pois tem como etapas a “Fase de Reconhecimento, Fase de Ataque e Fase de Consolidação e Vigilância” (Favre et al, 2001)

Entretanto essa estrutura centralizadora e autoritária, é que ao longo dos anos caracterizou e ainda hoje caracteriza em parte as instituições de saúde pública e o conjunto dos sistemas de decisões na política de saúde no Brasil (Luz, 1991).

O exemplo mais recente desses traços é Discurso do Comitê de Vigilância e Controle da Esquistossomose e o Discurso dos Cadernos de Atenção Básica, que têm permitido a reprodução e a evolução das forças de produção na área da saúde pública, desde o século 20 até o presente.

Dessa forma os Discursos das Instituições subordinadas ao Ministério da Saúde, impedem a produção de uma textualização de compromissos que permitiriam a erradicação dessa doença.

Além desses fatos compreende-se que embora uma discursividade policial não tenha sido levantada pela Análise do Discurso, a palavra “Inquérito” e seu enunciado Inquérito Coproscópico são decorrentes de um Esquecimento Ideológico, pois historicamente as ações de saúde pública foram executadas por profissionais pertencentes à Polícia Sanitária e por Guardas Sanitários.

Outro esquecimento existente nesse Discurso, diz respeito ao enunciado Mobilização Comunitária, que pode remeter tanto aquela ação militar do PECE, quanto remeter ao período de redemocratização do Brasil, embora de uma forma ou de outra esse enunciado se caracteriza como um Esquecimento Enunciativo.

Entretanto ao considerar o enunciado, Erradicação da Esquistossomose, aplicado ao combate dessa doença, teríamos, segundo o dicionário Aurélio da língua Portuguesa o significado de Extinguir de Todo, Destruir.

Dessa forma então a Erradicação da Esquistossomose e a Extinção do *Schistosoma mansoni* passariam a fazer parte do Discurso e não apenas seu Controle, no entanto poder – se –ia alegar que Controlar pode conter o sentido a redução da infecção na população e sua manutenção em níveis aceitáveis, fato que já é tido como um ganho pelo discurso existente, entretanto; o objeto da Medicina é o Ser Humano e o objetivo dessa Ciência é de curar o seus males, de prevenir suas doenças e não apenas o de controlá-las.

Portanto os enunciados Controle da Esquistossomose, Controle de Portadores e Controle Malacológico silenciam constitutivamente os enunciados Erradicação da Esquistossomose e Extinção do *Schistosoma mansoni*, assim como as formações discursivas Institucional – Estatal e Médica fazem o Discurso do Controle da Esquistossomose silenciar constitutivamente outros discursos que textualizariam a erradicação dessa doença no Brasil.

O Sentido Educativo

Compreendemos que o Sentido Educativo existente no discurso do controle da esquistossomose apresenta uma dispersão tendo em vista os significados da palavra educação apontados inicialmente nas montagens discursivas; no entanto, essa dispersão fica mais intensa ao se abordar a etimologia da palavra educação.

Educar apesar de ser considerada como derivada do latim *ducere*, que significa: conduzir, direcionar, cultivar; na verdade ela é derivada da palavra *ex – ducere* que significa: conduzir para fora, direcionar para fora (Mogilka, 2002).

Dessa forma o primeiro significado aponta para o sentido de que o inato precisa ser direcionado para se estruturar e se expandir, pois as

potencialidades não conseguem se estruturar sozinhas, portanto, esse direcionamento representa uma autoridade.

Entretanto, a palavra latina *ex – ducere* aponta para o sentido de conduzir fazendo desabrochar ou desenvolver, portanto ao contrário do primeiro significado há um respeito aquilo que é inato, no que se refere as potencialidades da criança (Mogilka, 2002).

Além disso, o enunciado Educação em Saúde, embora tenha como condições de produção aquelas levantadas por essa tese, na verdade apresenta condições de produção diferentes daquelas aqui observadas, uma vez que era conhecido até os anos 80 como Educação Sanitária.

Compreendemos então que a textualização da Educação em Saúde possui a mesma memória das formações discursivas Institucional Estatal e Médica vistas anteriormente; diferindo delas, apenas nas instituições que as produzem, apresentando duas linhas temporais que conduzem essa memória paralelamente a formação do Discurso do Controle da Esquistossomose e que convergem no Discurso da FUNASA em 1998.

Numa dessas linhas temporais, a Educação Sanitária passa a ser formulado quando da existência do Serviço de Propaganda e Educação Sanitária, criado na vigência do Sanitarismo Campanhista, que passa a existir em 1941, sob a denominação de Serviço Nacional de Educação Sanitária (SNES) subordinado ao então Ministério da Educação e Saúde Pública (FIOCRUZ, 2007).

O SNES quando da criação do Ministério da Saúde em 1953, passa a integrar essa instituição, mas somente será extinto em 1971, durante o regime

militar quando é criada a Divisão Nacional de Educação Sanitária, cujas ações são incorporadas com a criação da FUNASA (FUNASA, 2008).

A outra linha temporal ocorre quando da criação do Serviço Especial de Saúde Pública (SESP) que também preconizava a Educação Sanitária como forma de intervenção em saúde pública, a qual se tornou Fundação SESP e posteriormente foi fundida com a SUCAM, para se criar a FUNASA em 1990 (Ferreira, 2007).

Compreendemos então que a memória discursiva da educação sanitária ao ser afetada pela desestruturação do SNES e da SESP ocorrida ao longo dos anos 70 e 80 (FIOCRUZ, 2009 e Lima e Pinto, 2003); e posteriormente, ao ser confrontada com o contexto de democracia e do SUS, passa a contribuir para a produção do Sentido Educativo de forma dispersa, a partir da textualização da FUNASA em 1998.

Dessa maneira o sentido educativo passa a pertencer a textualização das outras instituições do Ministério da Saúde, estando voltado atualmente para simplesmente a ensinar as pessoas a terem hábitos de higiene e de não mais punir com a educação quem não os tem.

Além disso, duas outras discursividades referentes ao enunciado Educação em Saúde, mas que não fazem parte do Discurso do Controle da Esquistossomose, foram encontradas no documento “SUS de A a Z”, as quais apresentam outros sentidos (Brasil, 2009).

A primeira discursividade refere-se a Educação em Saúde, que é definida como: *“Processo educativo de construção de conhecimentos em saúde que visa à apropriação sobre o tema pela população em geral. É também o conjunto de práticas do setor que contribui para aumentar a*

autonomia das pessoas no seu cuidado e no debate com os profissionais e os gestores do setor, para alcançar uma atenção de saúde de acordo com suas necessidades. A educação em saúde potencializa o exercício da participação popular e do controle social sobre as políticas e os serviços de saúde, no sentido de que respondam às necessidades da população. A educação em saúde deve contribuir para o incentivo à gestão social da saúde”.

A segunda discursividade encontrada nesse mesmo documento, refere-se ao enunciado Educação Popular em Saúde que é conceituado como: *“Processo que objetiva, promover, junto à sociedade civil, a educação em saúde, baseada nos princípios da reflexão crítica e em metodologias dialógicas. É instrumento para a formação de atores sociais que participem na formulação, implementação e controle social da política de saúde e na produção de conhecimentos sobre a gestão das políticas públicas de saúde, o direito à saúde, os princípios do SUS, a organização do sistema, a gestão estratégica e participativa e os deveres das três esferas de gestão do Sistema Único de Saúde”.*

Dessa forma se levarmos em consideração as discursividades acima descritas, elas são diferentes da observada no Discurso do Controle da Esquistossomose Mansoní, compreende-se então na primeira textualização existir um sentido educativo – socializante e na segunda textualização existir um sentido sócio – político, fato que acentuaria ainda mais a dispersão dos sentidos referentes à Educação em Saúde, se essas discursividades estivessem inseridas no Discurso Controle da Esquistossomose.

Outro elemento discursivo observado no corpus de pesquisa do discurso do controle da Esquistossomose, é o que preconiza ser a função de educação

em saúde atribuição do Agente Comunitário de Saúde, conforme consta de forma explícita e clara nos Cadernos de Atenção Básica.

Portanto, ao considerarmos que as políticas e ações de saúde ainda são centralizadas e implantadas de forma verticalizada pelo Ministério Saúde, cujas orientações foram previamente elaboradas por suas instituições, conforme consta na discursividade do Controle de Moluscos cap7 e nos Cadernos de Atenção Básica, compreendemos não haver espaço para que os anseios da comunidade sejam concretizados nessa discursividade.

Além disso, compreendemos que as aspirações da comunidade também não são contempladas no Discurso em questão, pelo fato de encontramos nessa dispersão de sentidos, a existência de uma ação de Aparelho Ideológico de Estado, no caso o Escolar.

Essa Ação se faz por meio do enunciado Educação em Saúde, uma vez que a discursividade preconiza a parceria com a Escola, considerada como aparelho ideológico de estado dominante, pois é a escola que é responsável pela formação das crianças de todas as classes sociais, onde os saberes contidos na Ideologia Dominante são transmitidos (Althusser, 1974).

Outro elemento merece aqui ser destacado é que no discurso da Oficina sobre Esquistossomose do Programa em Doenças Negligenciadas não há nenhuma referência a financiamento de pesquisas em Educação em Saúde.

Dessa forma se configura que o Governo não investe o suficiente em Educação, para que toda a sociedade usufrua do Conhecimento e nem para diminuir essa injustiça que divide a sociedade (Gonçalves, 2006).

Complementando o que foi dito acima consideramos ser essencial o investimento em educação para propiciar a superação das desigualdades no nosso país (Costa e Victora, 2006).

Compreendemos ainda que o enunciado Educação em Saúde, ao ser proposto como um processo educacional pelo Ministério da Saúde, tem suas ações que carecem de investimentos por parte do Estado e além de se apresentar como uma grande dispersão de sentidos; ele é deslocado pelas suas instituições da esfera educacional para a da saúde, sem que se tenham os cuidados epistêmicos necessários para isso.

Tendo em vista que a formação de profissionais de saúde é diferente de profissionais da área de educação que pertence ao campo do conhecimento da Pedagogia, a textualização Educação em Saúde deveria adotar uma Discursividade Interdisciplinar, uma vez que a educação é atribuição de professores, desde a pré - escola até a fase adulta.

Conseqüentemente a cooperação entre a área da saúde e a área da educação poderia ser um caminho mais seguro, além de ser forma mais efetiva e produtiva, de se praticar a Educação em Saúde, principalmente se considerarmos a concepção *ex – ducere* de Educação, que impediria dessa forma a verticalização da educação em saúde, assim como interferiria na ação de Aparelho Ideológico de Estado; e dessa forma seria viável a formulação de uma textualização referente à Educação em Saúde que possibilitasse a concretização dos anseios da sociedade para que se erradicasse a esquistossomose mansoni.

Saneamento Ambiental e Saneamento Básico – Dispersão e Ambigüidade

O Saneamento Ambiental é definido como um conjunto de ações que visam preservar ou modificar as condições do ambiente e que têm como objetivos os de prevenir doenças, promover a saúde e a melhoria da qualidade de vida da população, melhorar a produtividade do indivíduo e facilitar a atividade econômica (Saneamento, 2009).

Essas ações incluem a captação, o tratamento e a distribuição de água potável; o sistema de coleta de esgoto, o seu transporte, o tratamento dos despejos e de disposição final dos dejetos; a coleta, a destinação de lixo, de resíduos sólidos e de resíduos líquidos (Saneamento, 2009).

Já o conceito de Saneamento Básico é aplicado ao fornecimento de água potável por meio de redes de abastecimento e a disposição de esgotos por meio de um sistema de coleta e destinação dos dejetos (Saneamento, 2009).

Evidencia-se, portanto que, pelo fato da discursividade do saneamento ambiental ser diferente das formulações acima descritas, há uma dispersão do sentido ambientalista do Discurso do Controle da Esquistossomose.

Essa dispersão ocorre pelo confronto da Formação Discursiva Sanitária; na qual ressoa o esquecimento enunciativo da SESP impregnado pelo Sanitarismo Campanhista, com a Formação Discursiva Jurídico Legislativa da lei do SUS, que configura o enunciado Saneamento Básico e o seu Sentido Legislativo.

Para uma melhor compreensão dessa dispersão é necessário explicar que, dentre outras, as ações de saneamento da SESP eram elaboradas pela série de engenharia sanitária, que por sua vez era subdividida em sub-série de

Saneamento Básico e sub-série de Saneamento Ambiental (Lima e Pinto, 2003).

Entretanto em 1973, as suas ações de saneamento passaram para o Ministério do Interior, ficando assim a SESP destituída dessas ações e sendo aos poucos descaracterizada ao longo dos anos até sua incorporação na FUNASA (FIOCRUZ, 2009).

A dispersão aqui compreendia ocorre também pelo fato do Ministério da Saúde tentar superar sua incapacidade de se articular politicamente com outros Ministérios, assim como de se articular com a direção do SUS em outras esferas de governo (Paim e Teixeira; 2007).

Mesmo assim, apesar da textualização do discurso do controle da esquistossomose expressar ser o saneamento ambiental a estratégia mais eficaz no controle da esquistossomose, apenas 10% do total de esgotos produzido no Brasil possui uma rede coletora ou recebe algum tipo de tratamento, sendo que os outros 90% são despejados diretamente na Natureza (Saneamento, 2009).

Compreendemos também existir uma Ambigüidade Discursiva na Lei do SUS, pelo fato do Saneamento Básico se constituir em objeto de estudos jurídicos, pois apesar dos limites de competência, a atuação deve ser integrada entre as esferas de governo, sem que isso sirva de impedimento para que as necessidades da sociedade sejam contempladas (Barroso, 2002).

O estudo desses limites pelos intérpretes do direito, que buscam resolver questões que na verdade não são jurídicas, mas sim políticas (Barroso, 2002); refletem uma tentativa frustrada de desambigüização jurídica do enunciado Saneamento Básico.

Consequentemente pelo fato do Saneamento ser considerado a estratégia mais eficaz no controle da esquistossomose, muitas áreas endêmicas então continuam a apresentar condições ideais para a persistência da esquistossomose mansoni; pois conforme visto, além do tratamento de dejetos humanos ser realizado em uma pequena porcentagem dos municípios brasileiros, o conflito político de competências interfere negativamente na elaboração de políticas e obras de saneamento básico no país.

Portanto, como o próprio discurso assim permite, compreendemos que a melhor forma desambigüizar essa discursividade, seria a formulação de uma nova textualização referente à discursividade voltada para uma política nacional de Saneamento, elaborada com a participação da sociedade civil por meio dos Conselhos e Conferências de Saúde, o que é permitido pela lei do SUS.

Nessa nova textualização, os conceitos de saneamento poderiam ser mais precisos e menos dispersos, as atribuições legais poderiam ser melhor definidas, de acordo com o desejo da Sociedade; assim como o controle da execução das obras de saneamento, inclusive o financeiro, seria efetuado eficazmente pela Sociedade; o que permitiria a existência de alguma condição real que permitisse erradicação da esquistossomose mansoni no Brasil.

O Sentido Politico – Científico:

A textualização da Oficina em Esquistossomose do Programa de Pesquisa em Doenças Negligenciadas indica que, o foro de prioridades em pesquisa em esquistossomose está na instituição e não na sociedade; além do mais inexistente uma representação da sociedade civil nesse foro.

Compreendemos que a formação discursiva Político – Tecno – Científica e o respectivo sentido Político – Científico, são decorrentes de uma ação de Aparelho Hegemônico, aqui no caso um Aparelho Hegemônico Cultural ou Científico Solidarizado ao Estado (Moraes e Tortorella, 2006).

Também compreendemos que essa ação de Aparelho de Hegemonia se desenvolve após a constituição do SUS, coexistindo atualmente com uma ação normativa de Aparelho Repressivo de Estado por parte das instituições do Ministério e com uma ação de Aparelho Ideológico de Estado Educacional no controle da esquistossomose, como forma de exercício de poder pelo Ministério num contexto de democracia vigente no país.

Conceitua-se hegemonia como sendo um complexo sistema de relações, de mediações e um conjunto de atividades culturais e ideológicas, de que são protagonistas os intelectuais, que organizam o consenso entre elas (Moraes e Tortorella, 2006).

Fica evidente então que o Ministério por meio da SCTIE e SVS decide politicamente elaborar essa oficina, assim como exclui a sociedade da sua composição e decide quem vai participar dela; aqui no caso os pesquisadores, que podem perfeitamente ser considerados como novos intelectuais, pertencentes a instituições de ensino e pesquisa.

Esses pesquisadores em contrapartida referendam a manutenção desse poder centralizado pelo Ministério Saúde, de forma hegemônica, ao recomendarem que a SCTIE lidere a implementação desse programa, assim como ao indicarem as linhas de pesquisas que serão submetidas a análise por essa Secretaria.

Portanto, aí se configura uma típica ação de intelectuais que ao integrarem a estrutura social, assumem funções nas relações sociais ligadas a mudanças estruturais dentro das sociedades, pois são eles que condicionam o aparecimento de novas superestruturas; desempenhando assim funções subalternas de hegemonia para outros grupos (Moraes e Tortorella, 2006), aqui no caso para SCTIE.

Também compreendemos haver aí uma textualização da relação de poder, na qual os intelectuais também participam ao recomendarem a liderança da SCTIE, ao invés da SVS, tendo em vista que há vários Ministérios dentro do Ministério da Saúde, vinculados a interesses corporativos, clientelistas e financeiros. (Santos, 2008).

Essa textualização da relação de poder, também ocorre pela tentativa de do Ministério da Saúde de superar a sua incapacidade de se articular politicamente com outros Ministérios, assim como ocorre devida a uma tentativa de estruturação interna do Ministério da Saúde; uma vez que vem sendo incapaz de articular suas diversas secretarias e departamentos, resultantes de fusões de diversas instituições, com diferentes concepções de se atuar na saúde pública, originárias de antigas administrações do Ministério da Saúde (Paim e Teixeira, 2007).

Nesse contexto embora o Governo Federal tenha conseguido elaborar uma política industrial integrando a academia, o governo e o setor produtivo, existe um fosso tecnológico entre o conhecimento científico obtido por essa articulação e sua aplicabilidade em políticas públicas de saúde (Gonçalves, 2006).

Dessa forma o discurso do Ministério ao exercer seu poder sob a forma de hegemonia, não reflete os anseios da sociedade, o que indica a necessidade de superação do fosso tecnológico existente entre pesquisa e respostas às demandas sociais (Costa e Victora, 2006).

Os Sentidos do Discurso do Sus

Embora não existam enunciados referentes ao Controle da Esquistossomose no discurso do SUS, assim como para nenhuma doença; compreende-se que a sua discursividade, ao possuir os Sentidos Legislativo e Democrático; pode se constituir num suporte para que outros discursos passem a existir, se constituindo dessa forma num Discurso Fundador, aplicável assim a qualquer agravo á saúde da população.

Entretanto, compreendemos que a formação Jurídico – Legislativa do SUS, faz o Sentido Legislativo se projetar no discurso do Controle da Esquistossomose Mansonii, uma vez que a discursividade a ele relacionada é de domínio corriqueiro do Ministério da Saúde, que dessa forma pode exercer o poder de centralizar as decisões, controlar a política de controle da esquistossomose e verticalizar as ações de combate voltadas para essa endemia, na vigência de uma democracia no país.

De maneira contrária, a formação discursiva Jurídico–Democrática não projeta o sentido Controlador Social no Discurso do Ministério, pois esse sentido não é significado pelos Conselhos e Conferências de Saúde, pelo fato de sua discursividade Jurídica não ser de domínio da sociedade e sim do domínio de Juristas.

Essa não projeção do sentido controlador social permite então que o Discurso da Esquistossomose exerça um silenciamento constitutivo sobre a formação discursiva jurídico democrática do Discurso do SUS.

Os fatores que então colaboram para essa não projeção do sentido Controlador Social constituem alguns problemas que o SUS tem encontrado ao longo de sua existência, dentre os quais destacam - se (Cohn, 2008):

a) O movimento sanitário permaneceu ao longo dos anos atuando politicamente junto ao Estado, voltando-se para a reorganização institucional do SUS; esquecendo – se de dialogar com a sociedade.

b) Os conselhos de saúde evidenciam sérios problemas no seu funcionamento, pois são incapazes de representarem os desejos da população, já que a somatória de interesses particulares não resulta no interesse geral.

Assim o Ministério da Saúde é capaz de Mobilizar a Comunidade para ser Tratada e Educada, para então Participar na Luta contra e no Controle da esquistossomose mansoni conforme determina o pensamento Hegemônico dos pesquisadores e de acordo com a Ideologia do Estado, dentro de um regime democrático vigente no Brasil.

Desse modo evidencia-se existir um desconhecimento por parte do cidadão e principalmente do usuário do SUS, de seus direitos e deveres constitucionais no que se refere a sua participação na elaboração e no controle de políticas públicas de saúde por meio dos Conselhos e Conferências de Saúde.

Esse fato também se reflete no funcionamento desses órgãos colegiados, com sérios prejuízos na participação da comunidade na formulação de políticas de saúde e de controle da execução dessas, que desse modo

encontram-se desarticuladas com os desejos da sociedade, permitindo assim que exista tal silenciamento.

No entanto, a superação desse silenciamento pode ser alcançada por meio da significação do sentido controlador social da Lei do SUS, se movimento sanitário se voltar para sociedade, dialogando com ela, pois esse movimento teve papel fundamental na elaboração dessa Lei e dessa forma é capaz de significar esse sentido.

Ressalto que a presente tese não pretende emitir um juízo sobre quem tem maior ou menor poder de decidir sobre os destinos da política de saúde para a esquistossomose no Brasil; entretanto, está claro que a sociedade civil se encontra excluída dessas decisões e seus representantes nas instancias colegiadas do SUS, desconhecem qual o seu verdadeiro papel dentro dos Conselhos ou das Conferencias de Saúde.

Apesar do conhecimento médico e do conhecimento tecno – científico serem necessários para a elaboração de uma política de saúde voltada à esquistossomose; a textualização desses conhecimentos, assim como a centralização e o controle da política para esquistossomose, exercidos pelo Estado, não têm sido suficientes para solucionar definitivamente o problema dessa endemia no País.

A Educação da Criança (na concepção *ex – ducere*), considerada como base da formação do cidadão capaz de discernir sobre sua própria saúde, sobre seus direitos constitucionais, sobre seus deveres legais, portanto, de se tornar um ator social no controle efetivo do SUS e capaz de romper com o silenciamento imposto pelo Ministério da Saúde; a própria Lei do SUS servindo como Discurso Fundador, funcionando assim como suporte discursivo e o

Saneamento tido como dever constitucional das três esferas governos; constituem as pedras angulares que permitiriam a elaboração de outros Discursos que realmente se comprometessem com a erradicação da Esquistossomose Mansoni e a extinção do *Schistosoma mansoni* no Brasil.

7 – CONCLUSÕES

Portanto, frente à essas considerações as questões formuladas anteriormente foram respondidas da seguinte forma:

1ª Resposta:

O Discurso do SUS tem como condições de produção o período de redemocratização enfatizando-se as ações do movimento da reforma sanitária, a realização da oitava Conferência Nacional de Saúde, a ação da Comissão Nacional da Reforma Sanitária e na promulgação de uma constituição democrática.

A produção do Discurso do Controle da Esquistossomose pelo Ministério da Saúde é feita na vigência de uma democracia estável e representativa, e sob a égide da legislação do SUS.

Apesar dessa conjuntura democrática, esse discurso apresenta uma forte Memória Discursiva, trazendo dessa forma consigo um modelo controlador e centralizador de elaborar a política de saúde para o Controle da Esquistossomose e verticalizador na execução dessa política, herança da administração do estado por diversos regimes autoritários sob os quais o Brasil foi governado.

2ª Resposta

O Discurso do Controle da Esquistossomose pelo Ministério da Saúde silencia constitutivamente outros discursos que poderiam se comprometer com a Erradicação da Esquistossomose Mansonii e a Extinção do *Schistosoma mansoni* no Brasil.

3ª Resposta

Esse silêncio constitutivo ocorre pela somatória de vários elementos discursivos presente nos Discursos do SUS e do Controle da Esquistossomose pelo Ministério da Saúde, sendo então destacados da seguinte forma:

a) Pela existência de uma forte Memória Discursiva Campanhista e Médico – Curativa que está projetada no Discurso do Controle da Esquistossomose Mansoní, que se materializa nas Formações Discursivas Institucional Estatal e Médica, que configuram respectivamente os sentidos Institucional Estatal e o Médico Terapêutico.

b) Pela formação discursiva Jurídico Legislativa da Lei do SUS fazer o sentido Legislativo se projetar no Discurso do Ministério.

c) Pelo fato formação discursiva Jurídico–Democrática não projetar o sentido Controlador Social no Discurso do Ministério

d) Por existir uma intensa Dispersão dos Sentidos Educativo e Ambientalista.

e) Pela existência de uma importante Ambigüidade Discursiva da Lei SUS referente ao Saneamento Básico.

8 – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Althusser, L. **Ideologia e aparelhos ideológicos de estado**. Lisboa:

Presença/Martins Fontes. (1974).

Andrade, Z. A esquistossomose no Brasil após quase um século de pesquisas

Rev. Soc. Bras. Med. Trop. (35) 5: 509 – 513, 2002

Barroso, L R. Saneamento Básico: Competências Constitucionais da União,

Estados e Municípios. **Revista Diálogo Jurídico** – Número 13, 2.002

Benveniste, E. **Problemas de lingüística geral** 4 ed. Campinas: Pontes /

Editora da Universidade de Campinas, 1995

Brasil. **Guia de Vigilância Epidemiológica – Esquistossomose Mansonica**

Ministério da Saúde - Secretaria de Vigilância em Saúde – Departamento de

Vigilância Epidemiológica. Brasília, 2005

Brasil: SUS de A a Z – www.portalsaude.gov.br. Ministério da Saúde.

Brasília, 2009

Brasil. **Vigilância e Controle dos Moluscos de Importância Médica.**

Secretaria de Vigilância Epidemiológica do Ministério da Saúde. Brasília, 2007

Camargo, A.M. A.; Bellotto, H L. **Dicionário de terminologia arquivística**. Departamento de Museus e Arquivos – Secretaria de Estado da Cultura. São Paulo 1996.

Cimerman, S ; Cimerman, B – **Medicina Tropical**. São Paulo, Ed. Atheneu, 2003

Cohn, A. Políticas de saúde e reforma sanitária hoje: delimitações e possibilidades. **Ciência e Saúde Coletiva** (13) 2: 2021 – 2023, 2008

Costa, J S D; Victora, C G Problema de Saúde Pública: caracterizando e avaliando aplicações. **Rev. Bras. Epidemiol** (9) 2: 253 – 255, 2006

Favre, T ; Piero, O S ; Barbosa C.S. E Beck, L Avaliação das ações de controle da esquistossomose implementadas entre 1977 e 1996 na área endêmica de Pernambuco **Rev. Soc. Bras. Méd. Trop.** (34) 6: 63 – 71, 2001

Ferreira, J. De Roosevelt, mas também de Getulio: o Serviço Especial de Saúde Pública – **História, Ciência, Saúde – Manguinhos**. 14(4): 1425 – 1428, 2007.

FIOCRUZ – Fundação Oswaldo Cruz: Serviço Nacional de Educação Sanitária: o estreito vínculo entre a educação e a saúde www.invivo.fiocruz.org.br – Rio de Janeiro, 2007

FIOCRUZ – Fundação Oswaldo Cruz: Fundo SESP www.coc.fiocruz.org.br –
Rio de Janeiro, 2009

FUNASA – Fundação Nacional de Saúde: Cronologia Histórica da Saúde
Pública. www.funasa.gov.br – Brasília, 2008.

Guimarães, E. **Semântica do Acontecimento**. Campinas. Ed. Pontes – 2000

Gonçalves, A. Problema de Saúde Pública: caracterizando e avaliando
aplicações. **Rev Bras Epidemiol.** (9) 2: 253 – 255, 2006

Harroche, C **Fazer Dizer, querer dizer**. São Paulo, Ed. Hucitec, 1992

IBGE: **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística**. Brasil, 2006

Lacaz, C.S. ; Baruzzi, R.G. ; Siqueira Jr.,W. **Geografia médica do Brasil**.
São Paulo: Edgar Blücher, 1972 .

Lima, A. L. G. S. ; Pinto, M. M. S. Fonte para a história dos 50 anos do
Ministério da Saúde. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos** (10) 3: 1037 –
1051, 2003.

Luz, M. T. Notas sobre as políticas de saúde no Brasil de transição democrática
- Anos 80 **Physis, Revista de Saúde Coletiva**, (1) 1: 1991. p 138 - 154

Mendes, E.V. O sistema de serviços de saúde no Brasil. Belo Horizonte, **NSSS/ESMIG**, 1999

Mogilka, M – Educação – **Revista Teias** – Faculdade de Educação / UERJ
Nº 5 – Rio De Janeiro, 2002

Montresor, A ; Crompton, D.W.T. ; Hall, A. ; Bundy, D.A.P. ; Savioli, L.
Guidelines for evaluation of soil-transmitted helminthiasis and schistosomiasis at
community level. A Guide for managers of control programs, **World Health
Organization**, 1998 .

Moraes, D. ; Tortorella, A. Gramsci e o Brasil: filosofia e questões teóricas
www.socialismo.org.br. Fundação Lauro Campos – Rio de Janeiro, 2006

Neves, D.P. **Parasitologia Humana**. São Paulo, Atheneu, 2005

Orlandi, E.P. **Segmentar ou Recortar** – Estudos de Lingüística n 10. Uberaba,
1984.

Orlandi, E.P. **As formas do silêncio**: no movimento dos Sentidos. Campinas,
Ed. Unicamp, 1995.

Orlandi, E.P. **Análise de Discurso: princípios e procedimentos**. Campinas,
Ed. Pontes, 2001.

Orlandi, E.P. Michel Pecheux e s Análise do Discurso: **Estudos da linguagem** (1): 9-13 Vitória da Conquista, 2005

Paim, J.S. ; Teixeira, C.F. Configuração institucional e gestão do Sistema Único de Saúde: problemas e desafios . **Cienc e Saúde Coletiva** (12) supl 1; 1819 – 1829, 2007

Pêcheux, M. – **Semântica e Discurso: uma crítica à afirmação do óbvio.** Trad Eni Pulcineli Orlandi et al. Campinas, Ed. Unicamp,1988

Pellon, A.B. ; Teixeira, I. Inquérito helmintológico escolar. **Publ. Div. Org. San. Min. Saúde.** Rio de Janeiro , 1953

Pessoa, S.B. **Endemias Parasitárias da Zona Rural Brasileira.** São Paulo: Fundo Editorial Prociex, 1963

Pessoa, S.B. ; Martins, A.V. **Parasitologia médica.** Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 1982

Rey, L. Schistosoma e esquistossomose **Parasitologia.** Rio de Janeiro Guanabara Koogan, 1991

Saneamento – Ambiente Brasil – www.ambientebrasil.com.br – 2009

Santos, N.R. Política pública de saúde no Brasil: encruzilhada, buscas e escolhas de rumos. **Ciência e Saúde Coletiva** (13) supl.2: 2009 – 2018, 2008.