

## UMA ANÁLISE DISCURSIVA DA POLÊMICA INSTAURADA PELO PROGRAMA MAIS MÉDICOS

Danielle Patricia Algave\*

### **Resumo:**

*O trabalho tem como objetivo analisar o funcionamento dos discursos veiculados pela mídia sobre a criação do Programa Mais Médicos tomando como corpus revistas impressas e on-line. Foram materializados discursos próprios de uma FD a favor do PMM e outra FD contra, ambas mantendo uma relação polêmica entre si e marcadas pela heterogeneidade, na medida em que se apoiam em diferentes argumentos para se sustentarem.*

**Palavras-chave:** análise de discurso; Programa Mais Médicos; formação discursiva.

### **Abstract:**

*This research aim at analysing the discursive functioning conveyed by the media about the creation of the Mais Médicos Program. The corpus is obtained by printed and online magazines. The discourse were materialized in two FD: the first in favor PMM and another against PMM. Both maintains a controversial relation to each other and they are marked by hererogeneity, according as differents arguments that support themselves.*

**Keywords:** discourse analysis; Mais Médicos Program; discursive formation.

### **Introdução**

O “Programa Mais Médicos” (doravante PMM), lançado pela presidenta Dilma Rousseff em 8 de julho de 2013, tem sido um assunto explorado de maneira recorrente na mídia desde seu surgimento e se mostrado produtivo para a Análise do Discurso (AD) na medida em que se caracteriza como uma polêmica. Vale lembrar que a polêmica, segundo Maingueneau (1997), não se define simplesmente como uma

---

\* Aluna de doutorado do Instituto de Estudos da Linguagem (IEL/UNICAMP), mestre em Linguística, graduada em Fonoaudiologia e bacharel em Linguística. Contato: [danielle.algave@gmail.com](mailto:danielle.algave@gmail.com).

relação de controvérsia, mas, principalmente, pela existência de um discurso que faz menção explícita a outro, gerando assim uma cadeia de enunciações onde se torna visível a interpelação de um discurso no outro.

O objetivo inicial desse trabalho é analisar o funcionamento dos discursos veiculados pela mídia sobre a criação do PMM, isto é, a polêmica instaurada por ele, identificando e descrevendo a relação interdiscursiva que constitui e atravessa os diferentes posicionamentos acerca do tema. Para tanto, o corpus organizado constitui-se de artigos publicados em revistas impressas e on-line, bem como pelos comentários públicos de seus respectivos leitores, abrangendo publicações desde o lançamento do programa.

## **1. Primeiras impressões**

Na tentativa de oferecer melhor qualidade de vida aos brasileiros, foi criado através da Constituição Federal de 1988, o Sistema Único de Saúde (SUS): um sistema unificado e gratuito que busca atingir ampla e irrestritamente a todos os cidadãos, independente de classe social. Por meio dele, a saúde se tornou direito de todos e dever do Estado, o qual se comprometeu, a partir de então, a garantir a redução de doenças e de outros agravos de maneira universal e igualitária mediante políticas sociais (BRASIL, 1988).

Apesar do sistema de saúde ter sido bem aceito e considerado um dos melhores do mundo, na prática, mesmo após passar por adequações, ainda não foi capaz de suprir a demanda atual da população brasileira, que sofre com a falta de atendimento médico adequado, estrutura ambulatorial e hospitalar precárias, falta de medicamentos e superlotações de unidades de assistência médica. Implantar e implementar um sistema de saúde universal em um país do tamanho do Brasil é uma decisão ousada, principalmente ao considerar a desigualdade social e todas as dificuldades que o país enfrenta.

Segundo o Conselho Federal de Medicina (CFM), o Brasil ainda hoje sofre, sobretudo, com a falta de médicos. De acordo com estatísticas divulgadas em 2012 por esta mesma entidade, o país possui 1,8 médicos para cada mil habitantes, estando abaixo do ideal mínimo esperado (o ideal seria 2,7 médicos a cada mil habitantes), enquanto que Cuba é o país com o maior índice de médicos na população, totalizando 7 profissionais para cada mil habitantes. Além dessa carência de profissionais, que vem há tempos sendo motivo de reclamação da população brasileira – e que será o

argumento central do próprio governo à implantação do PMM -, o país ainda conta com uma distribuição desigual de médicos, estando o Norte e o Nordeste entre as regiões mais prejudicadas.

É neste contexto histórico que surgiu o PMM, como medida emergencial de melhoria da saúde no país. A proposta inicial do programa é diminuir a escassez de médicos oferecendo vagas, prioritariamente aos profissionais brasileiros, na atenção básica de saúde em cidades do interior do país e na periferia dos grandes centros. No entanto, por não haver manifestações de interesse suficientes para o preenchimento de todas as vagas disponíveis, permitiu-se que médicos diplomados em outros países também participassem do programa. Foi essa abertura aos médicos estrangeiros que deu lugar à polêmica gerada sobre o programa.

Esse posicionamento do governo sobre a falta de médicos no país será constantemente retomado em nossa análise sob a forma da seguinte formulação, extraída de nosso corpus:

- a. “os médicos, no Brasil, são insuficientes/não estão disponíveis ao longo de todo território nacional”,

Inúmeros são os motivos destacados para justificar essa distribuição desigual de médicos no país, que leva a população de algumas regiões à carência de atendimento básico de saúde. O presidente da Federação Nacional dos Médicos (Fenam), por exemplo, chegou a afirmar no início de 2014 que a má disposição dos médicos se deve a falta de políticas públicas, por parte do governo, capazes de incentivar os profissionais a se locomoverem para cidades menores e distantes dos maiores polos de trabalho e pesquisa. Eles preferem permanecer onde as condições de trabalho são mais favoráveis. A partir da afirmação de que não há condições de trabalho suficientes para os médicos em determinadas localidades, encontra-se, dado que se trata de uma polêmica, o seguinte simulacro (MAINGUENEAU, 2005):

- b. “os médicos não se interessam por trabalhar em determinadas áreas do território brasileiro”.

Segundo informações veiculadas pelo Portal Saúde ([portalsaude.saude.gov.br](http://portalsaude.saude.gov.br)), além de se constituir como uma medida emergencial, o PMM faz parte de um projeto mais amplo de melhoria da saúde pública brasileira, o qual prevê investimentos na

infraestrutura de hospitais e unidades de saúde. De acordo com o Ministério da Saúde, a atuação dos profissionais teve início em setembro de 2013, e a meta do programa, de 13.235 médicos, acabou de ser atingida em abril de 2014. Apesar de já ter alcançado 100% do que estava previsto pelo programa, o governo pretende continuar investindo na vinda de mais profissionais, uma vez que ainda existem municípios que sofrem sua falta.

O Ministério da Saúde ainda esclarece que um dos principais objetivos do PMM é a reestruturação do sistema de formação de médicos brasileiros. Em outras palavras, ele é também definido como uma medida de longo prazo. Em artigos publicados em sites de notícias, blogs, revistas digitais e impressas, o governo afirma que esta reestruturação curricular é uma medida para aproximar ainda mais os novos profissionais da realidade da saúde brasileira (a partir de 2015, os alunos ingressantes em medicina deverão atuar por um período de dois anos em unidades básicas e na urgência e emergência do SUS). Apesar dos esclarecimentos do governo para a criação do PMM, parte da população e, sobretudo, as entidades médicas, irão se opor a suas justificativas de reforma curricular, investimento em infraestrutura e em qualidade e aumento do número de médicos no Brasil, afirmando que o PMM é uma medida contrária à valorização do médico brasileiro, conforme veremos no corpus.

Como medida facilitadora para garantir a atuação dos médicos estrangeiros nas regiões em que ainda houvesse escassez de profissionais, o governo brasileiro garantiu que fossem dispensados do Exame Nacional de Revalidação de Diplomas Médicos (Revalida), que é obrigatório para os profissionais formados no exterior atuarem no país. Tal dispensa foi dada desde que os profissionais cumpram o registro temporário de três anos e não exerçam a profissão livremente, isto é, fora do programa. Além de não haver a necessidade de passar pelo teste, receberam aulas nas universidades públicas federais sobre saúde pública, com foco na organização e funcionamento do Sistema Único de Saúde (SUS), e em língua portuguesa. Essa concessão do governo será lida por grupos contrários às medidas governamentais como um fator de risco para a população brasileira (os médicos não são avaliados, não há como saber o seu grau de conhecimento etc.), e por vezes como um questionamento da incapacidade do médico cubano (“será que os cubanos conhecem as nossas doenças?”, “será que eles tem capacidade para serem médicos?”). É a partir desse conflito entre os diferentes posicionamentos assinalados que será possível compreender os discursos sobre o PMM.

Sublinhamos que o funcionamento discursivo não se limita apenas a um posicionamento contra e outro a favor, mas constitui-se como uma arena em que argumentos partilham do mesmo espaço discursivo. Assim, faz-se central a noção de formação discursiva (FD) para nossa análise.

À formação discursiva é atribuída uma dupla paternidade: coube a Michel Foucault (1969) a criação do conceito e a Michel Pêcheux sua introdução no domínio da AD (MAINGUENEAU, 2006; SARGENTINI, 2007). A noção de FD surgiu como resposta às críticas feitas aos conceitos e métodos utilizados por Foucault, até então, em suas obras, e foi mais bem desenvolvida na *Arqueologia do Saber*, em 1969. Foucault (2000) defende que a palavra institui a coisa, ou seja, os discursos instituem os objetos de que se falam. Dessa forma, sua análise não parte nem do sujeito nem do objeto, pois estes elementos não existem *a priori*. O que se conclui daí é o que o próprio sujeito é uma posição discursiva, uma função dos discursos. Em suas próprias palavras “*somos seres de linguagem e não seres que possuem linguagem*” (FOUCAULT, 2000, p. 20).

O autor faz algumas contribuições importantes para a noção de FD, entendendo-a como um conjunto de enunciados no qual ocorre certa *regularidade*, mas que ao mesmo tempo tem um caráter de *dispersão*. Ou seja, os discursos são diferentes em sua forma, estão dispersos no tempo e no espaço, mas formam um conjunto quando se referem a um único e mesmo objeto (FOUCAULT, 1969). Essa interpretação em termos de “regras” e “dispersão” acaba sendo um fator complicador para a compreensão do leitor porque, segundo Maingueneau (2006), Foucault busca, ao mesmo tempo, definir sistemas e desfazer toda a unidade, o que pode ser tomado como contraditório.

Em Pêcheux, a formulação de FD é mais clara e aparece relacionada à ideologia e à luta de classes, sob a luz do materialismo histórico. Sua referência ao marxismo permite definir a FD como “*determinando o que pode e deve ser dito*” a partir de uma posição e uma conjuntura dada (PÊCHEUX, 1995). Deve-se lembrar, no entanto, que Maingueneau (2006) distingue a “posição” do “posicionamento”: enquanto o primeiro se refere ao espaço da luta de classes, o segundo se define no interior do campo discursivo.

Para Pêcheux (2001, p. 134), portanto, uma FD “*é constitutivamente ‘invadida’ por elementos que vêm de outro lugar (isto é, de outras FD) que se repetem nela, fornecendo-lhe suas evidências discursivas fundamentais*”. Ou seja, é “*frequentada por seu outro*” (PÊCHEUX, 1995, p.57) e este outro é justamente o *interdiscurso*. O

papel que o sujeito desempenha aqui não é somente o de ser responsável por materializar a ideologia através do discurso, mas também de agenciar os seus sentidos. E estes sentidos são, por sua vez, atravessados sempre pela fala do outro e são produzidos no cruzamento entre uma atualidade e uma memória.

Logo, uma FD não define somente um universo de sentido próprio, mas também seu modo de coexistência com os outros discursos, sendo, portanto, capaz de opor dois conjuntos de categorias semânticas: as reivindicadas, chamadas de “positivas”, e as recusadas, denominadas “negativas” (MAINGUENEAU, 1997; 2005). Cada uma das FDs do espaço discursivo só pode traduzir como “negativas” ou inaceitáveis, as unidades de sentido construídas por seu Outro, uma vez que é através dessa rejeição que cada uma define sua identidade. Dessa forma, defenderemos que os posicionamentos relacionam-se a partir de uma interação polêmica que é capaz de determinar os discursos ao mesmo tempo em que os constitui e mantém sua identidade (MAINGUENEAU, 1997; 2005). A polêmica nunca representará um “jogo gratuito”, pois ela se torna garantia de identidade de um discurso. Segundo palavras do autor *“um discurso não nasce, como geralmente é pretendido, de algum retorno às próprias coisas, ao bom senso etc., mas de um trabalho sobre outros discursos”* (MAINGUENEAU, 1997, p. 120).

Maingueneau (2006) chama a atenção para repensar e tornar ainda mais claro o estatuto da noção de FD. Para ele, o mapeamento de FDs não pode ficar exclusivamente a cargo dos analistas, uma vez que há a necessidade de construir limites e fronteiras que definam melhor os contornos das diferentes unidades de análise. Numa tentativa de superar algumas lacunas que tal conceito deixou para a AD, ele reformula as unidades discursivas em “tópicas” e “não tópicas”.

As unidades tópicas aparecem subdivididas em: (1) “territoriais”, podendo se tratar *de tipos de discurso* - relacionados ao aparelho institucional, como: discurso administrativo, publicitário, político, literário etc. - ou de posicionamentos que são a condição e o produto da delimitação de um trabalho simbólico; e em (2) “transversas” que, como o próprio nome diz, atravessam os múltiplos gêneros do discurso - englobados na unidade anterior – e que, por sua vez, se subdividem em unidades de base linguística, funcional ou comunicacional. Como exemplo da última base, citamos os discursos divulgados pelos diversos meios midiáticos.

Já as unidades não tópicas, no entendimento de Maingueneau, são construídas independentemente de fronteiras linguísticas ou comunicacionais e se agrupam em enunciados profundamente inscritos na história. Subdividem-se também em duas: os

percursos, que se constituem no modo de olhar para os discursos levando em conta aspectos de sua natureza formal, e as formações discursivas. Estas últimas são as que mais nos interessa neste trabalho.

O autor (MAINGUENEAU, 2006) chama a atenção para unidades como “o discurso racista”, “o discurso colonial” e “o discurso patronal” que são delimitados por fronteiras estabelecidas pelo próprio pesquisador e que estão historicamente especificadas. Enquanto alguns pesquisadores estão preocupados em articular funcionamentos textuais com dispositivos de comunicação – aqueles descritos pelas unidades tópicas – outros buscam recortar unidades que não correspondem a recortes em termos de gênero, posicionamento ou de tipos de discurso, por exemplo. Nesses *corpora* pode haver um conjunto aberto de tipos e de gêneros discursivos e o próprio analista é quem definirá os modos de coletar e recordar seu corpus. É, portanto, para esse tipo de unidade que o termo “formação discursiva” parece convir.

É nesta unidade de análise que propomos desenvolver este trabalho. A delimitação e estudo do discurso que permeia o PMM implicam na construção de um corpus heterogêneo e que pode ser unificado em um nível superior que converge para um foco único, assim como propõe Maingueneau (2006). Ou seja, atrás da diversidade de gêneros e de posicionamentos sobre o PMM, encontra-se a onipresença de um discurso que se posiciona contra ou a favor do programa em questão.

Tendo apresentado brevemente alguns conceitos que serão importantes para esse trabalho e retomados mais adiante, adentraremos na análise do corpus selecionado.

## **2. Uma breve análise do “Programa Mais Médicos”**

Em nossa análise, as seguintes sequências enunciativas sublinham um funcionamento de um dos discursos sobre o PMM. Trata-se de recortes de falas da presidente Dilma e que serão tratados como a justificativa central da mobilização do programa através do discurso histórico segundo o qual “há uma carência de médicos no território brasileiro”, sobretudo em áreas que aparentemente não são atrativas para esses profissionais:

- (1) “Agora, temos uma avaliação: *faltam médicos*. Por isso, criamos o Programa Mais Médicos” (diariodonordeste.com, 11/09/2013)



- (2) “Para compensar a *falta de profissionais*, o governo implantou o programa, que autoriza a vinda de médicos estrangeiros para trabalhar no Brasil.” (uol.com.br, 01/04/2014)
- (3) “A distribuição de médicos no Brasil é *visivelmente desequilibrada*. Tem mais médicos nas grandes cidades e menos nas periferias, no interior e no Norte, Nordeste e Centro-oeste”. (globo.com, 19/09/2013)
- (4) “O objetivo do governo federal é que os médicos cubanos ou formados em Cuba atuem no *atendimento básico* em municípios que *não têm nenhum médico*.” (notícias.r7.com, 03/09/2013)

As construções nos enunciados (1) e (2) são elaboradas em torno de um sintagma que aparece com certa regularidade nos discursos a favor da sustentação do PMM e que pretendem justificar a implantação do programa pela ausência de médicos no território nacional: “faltam médicos” e “falta de profissionais”. Em (2) fica ainda mais evidente a justificativa da implantação do PMM como medida emergencial ao afirmar que o programa foi lançado “*para compensar a falta de profissionais*”.

Apesar de (3) e (4) não apresentarem a mesma estrutura sintagmática que (1) e (2), se constroem sobre o posicionamento de que faltam médicos em determinados locais. Apontam, assim, para a distribuição irregular de médicos no país e a consequente carência de atendimento na atenção básica em regiões menos favorecidas economicamente, tais como o Norte e o Nordeste. Esses enunciados indicam uma regularidade enunciativa e o simulacro mencionado anteriormente produzido sobre a falta de condições de trabalho oferecida aos médicos ao longo do território nacional: “os médicos brasileiros não se interessam por trabalhar em determinadas áreas do território brasileiro”.

Como mencionado anteriormente, para que haja polêmica, é necessário que um discurso interpele um outro. Ou seja, deve haver “*relações explícitas entre formações discursivas*” (MAINGUENEAU, 2005, p. 11) e é exatamente estas relações que percebemos em (3) e (4).



Estudando a polêmica entre os discursos humanista devoto (séculos XVI e XVII) e jansenista (1640/1950), Maingueneau (2005) traz considerações importantes e afirma que a interação entre dois discursos pode ser compreendida como um processo de “tradução”, em um sentido muito particular. Um enunciado acaba traduzindo o Outro e interpretando-o por meio de suas próprias categorias e, como o discurso do outro não lhe é fiel, considera-se que dele se faz uma espécie de “caricatura”, um *simulacro* (MAINGUENEAU, 1997; 2005, POSSENTI, 2003). Nas palavras do autor “o discurso só pode relacionar-se com o Outro do espaço discursivo através do simulacro que dele constrói” (MAINGUENEAU, 1997, p. 122) e quando o enunciador é confrontado com o Outro, é condenado a “produzir simulacros desse outro, e simulacros que são apenas seu avesso” (MAINGUENEAU, 2005, p. 55).

A partir dessa relação, o autor propõe um duplo conceito para dar conta do modo como se relacionam os participantes do “embate polêmico”: por um lado, tem-se o *discurso agente* que é aquele que se encontra em posição de tradutor, de construtor do simulacro e, por outro lado, o *discurso paciente*, definido como aquele que é traduzido. Podemos dizer, portanto, que nos relatos destacados em nosso corpus, encontramos frequentemente o discurso agente que afirma que “no Brasil, a distribuição dos médicos é desequilibrada por não haver condições de trabalho favoráveis e satisfatórias” enquanto que o discurso paciente que pode ser criado a partir deste é o de que “nessas regiões faltam médicos, pois eles não se interessam por trabalhar em determinadas áreas do território brasileiro”, seja por falta de interesse dos próprios médicos ou por falta de políticas públicas que incentivem a atuação deles nessas regiões, conforme é mencionado em algumas publicações do Conselho Federal de Medicina (CFM).

Em uma polêmica percebemos que esses papéis de agente e paciente se alternam constantemente uma vez que “cada um entende os enunciados do Outro na sua própria língua, embora no interior do mesmo idioma” (MAINGUENEAU, 2005, p. 100). Surge, então, um desentendimento entre as FDs na medida em que uma não consegue compreender a outra, surgindo o que Maingueneau se refere como “diálogo de surdos”.

Percebe-se, portanto, que uma FD não define somente um universo no qual ela se move, mas também “define igualmente seu modo de coexistência com os outros discursos” (MAINGUENEAU, 1997, p. 106). Assim, para posições enunciativas

diversas “não há dissociação entre o fato de enunciar em conformidade com as regras de sua própria FD e de ‘não compreender’ o sentido do enunciado do Outro” (p. 99).

A este fenômeno que surge no interior da polêmica, Maingueneau (2005) denomina de *interincompreensão*. Vale lembrar, segundo Possenti (2009, p. 24), que a interincompreensão “não tem nada a ver com má vontade ou incompetência dos adversários mútuos” e sim com o fato de que “todos que têm acesso a um discurso ‘de fora’ compreendem-no ‘erradamente’ – porque o compreendem a partir de sua própria posição e não da posição dos enunciadores daquele discurso”.

O discurso representado de (1) a (4) se sustenta a partir de uma relação direta com o pressuposto de que “para se ter mais saúde é necessário haver mais médicos” e, assim, ao trazer mais profissionais para o Brasil, o governo estaria tomando a medida necessária para erradicar ou, pelo menos, minimizar a deficiência no sistema de saúde. Esse pressuposto pode ser verificado nas sequências enunciativas citadas abaixo. Ambos os recortes são falas da presidente Dilma ao justificar a criação do PMM:

(5) “*Temos que colocar a saúde da população em primeiro lugar - ressaltou Dilma.*” (noticias.r7.com, 13/09/2013)

(6) “*... sabemos que o Brasil tem um problema sério na área da saúde. Por isso, nós fizemos o Mais Médicos*”... “*Estamos querendo resolver um problema de caráter emergencial e urgente, porque a saúde das pessoas não pode esperar até que os médicos se formem.*” (diariodonordeste.com, 11/09/2013)

As sequências destacadas sublinham a importância que o governo brasileiro confere neste momento à saúde, buscando colocá-la como prioridade. E, para solucionar o problema, como medida emergencial, opta por trazer médicos estrangeiros para “tratar” o sistema de saúde, enquanto novos médicos continuarão a se formar segundo uma nova proposta curricular.

As bases discursivas de funcionamento desse discurso servirão de alicerce para a formulação de um discurso segundo. Isto é, a formulação de um posicionamento que se opõe ao que acabamos de mencionar, mas que funciona a partir do Outro: a *falta de médicos* não se caracteriza como problema principal da saúde brasileira, mas *um sistema precário e sem estrutura adequada* para atender a demanda da

população e capaz de oferecer condições de trabalho favoráveis para a atuação dos médicos que já existem no país. É o que vemos nas seguintes sequências, retiradas de comentários de leitores de sites de notícias e da Revista Época:

(7)“Desumano, no meu ponto de vista, são os profissionais de saúde no Brasil não poderem salvar vidas porque os *hospitais públicos estão sucateados, totalmente desaparelhados, com pacientes em estado grave acomodados em macas pelos corredores ou até mesmo em colchonetes finos no chão frio*. Que Dilma queira fazer proselitismo eleitoral, tudo bem. Que traga 40.000 médicos de Cuba. Que traga o Fidel pra cá (o povo cubano agradecerá imensamente). Não há problema. Mas que primeiro cumpra suas promessas de campanha.” (notícia.r7.com, 26/08/2013)

(8)“Não sou contra médicos cubanos ou quaisquer outros estrangeiros virem trabalhar neste país, mesmo sendo esta baderna este país tem leis e devem ser seguidas, *os pacientes precisam de exames, medicamentos e não somente das mãos dos médicos*. (notícia.r7.com, 26/08/2013)

(9)“O problema maior é não ver os motivos pelos quais os médicos brasileiros não querem ir, *condições péssimas de trabalho*.” (Época, 09/2013)

Tanto em (7) quanto (8), respectivamente, “Que *traga 40.000 médicos de Cuba*.” e “os pacientes precisam de exames, medicamentos e *não somente das mãos dos médicos*” defendem a posição de que “só trazer mais médicos para o Brasil não será o suficiente para a resolução do problema da saúde”. Em outras palavras, vemos emergir uma resistência a um discurso anterior - o qual diz que a qualidade da saúde se relaciona diretamente à falta de médicos - e que determina a reformulação e instauração de um discurso segundo (MAINGUENEAU, 2005), no qual as condições de trabalho é que são a causa do real problema da saúde.

Podemos parafrasear (7) a (9) como “de nada adianta haver médicos se não há meios para se desenvolver um trabalho decente”, pois, conforme tomamos conhecimento pela mídia, os hospitais não suportam a demanda da população e não

estão equipados para os procedimentos médicos necessários, os aparelhos e instrumentos de trabalho estão obsoletos e os medicamentos estão em falta.

Essa resistência ao argumento da “ausência de médicos”, e a defesa de que há uma “precarização do sistema de saúde brasileiro” explicará ainda a coexistência de um outro discurso, que diz respeito à *valorização do médico brasileiro*. É o que vemos nos enunciados abaixo:

(10) “*A vinda de médicos estrangeiros, que estão ocupando apenas as vagas que não interessam e não são preenchidas por brasileiros, não é uma decisão contra os médicos nacionais.*” (notícias.r7.com, 07/09/2013)

(11) “*Dilma exaltou a qualidade dos médicos brasileiros e sua contribuição para a saúde pública no País, mas destacou que o Brasil precisa de mais médicos e que não pode se ater à nação de origem do diploma.*” (notícias.r7.com, 13/09/2013)

Essas sequências são representativas de uma discussão que busca desconstruir a tese do discurso sobre a desvalorização do médico brasileiro. O argumento dos sujeitos que assumem esse posicionamento é o de que os médicos estrangeiros, sobretudo os cubanos, estão chegando ao país para “tomar” o lugar dos médicos locais e o governo tem apoiado esse movimento. A resposta do governo, no entanto, consiste no que está exposto em (10) e (11) sob a justificativa clara de que a preferência de ocupação das vagas ainda é dos profissionais brasileiros (que não deixam de ser qualificados para o trabalho) e que, só após a falta de interesse destes em ocupar as vagas, é que os médicos de outras nações podem assumir o cargo.

É importante sublinhar que a articulação dos enunciados de (10) e (11) funciona a partir de um duplo movimento argumentativo: de um lado, está a defesa da vinda dos médicos cubanos, enquanto que, de outro, há a afirmação de que esses médicos não vêm para “tomar” a vaga dos médicos brasileiros, uma vez que a qualidade dos médicos brasileiros não está em questão e sim a qualidade da saúde no país.

Mais uma vez salientamos que estas sequências se referem a um posicionamento que se sustenta a partir de um já dito. Na medida em que um discurso funciona a partir do outro, o discurso de (des)valorização do médico

brasileiro opera um deslocamento apoiado agora em argumentos de cunho racista: os médicos cubanos passam a ser questionados enquanto profissionais da saúde, segundo seu preparo e conhecimento das doenças mais comuns no território brasileiro, e, pontualmente, atribuições de caráter preconceituoso.

- (12) “Agora *as vítimas somos nós brasileiros* na mão dessas pessoas que serão atendidas por essas pessoas *comprovadamente despreparadas* através do programa eleitoreiro MAUS MÉDICOS!” (globo.com, 27/08/2013)
- (13) “Os profissionais estrangeiros não necessitam passar pelo Projeto Revalida para clinicar no Brasil... O *governo está expondo a população mais pobre e carente*, porque *não sabemos a real qualificação desses médicos*” (dcomercio.com.br, 26/01/02014)
- (14) “A possibilidade de haver *interpretações errôneas* dos pacientes e dos médicos é muito grande.” (uol.com.br, 04/09/2013)
- (15) “Não tem como aprender tudo com quatro horas de curso. O melhor livro no Brasil e um dos melhores do mundo é enorme. A cadeira na escola dura seis meses. É pouco, a gente reclama. *São doenças bem particulares*, principalmente para quem vem da Europa. O cubano pode até conhecê-las, mas o europeu não.” (uol.com.br, 04/09/2013)
- (16) “Me perdoem se for preconceito, mas *essas médicas cubanas tem uma cara de empregada doméstica*. Médico, geralmente, tem postura, tem cara de médico, se impõe a partir da aparência... coitada da nossa população. *Será que eles entendem de dengue? E febre amarela?* Deus proteja o nosso Povo!” (globo.com, 27/08/2013)

As sequências de (12) a (16) apresentam os diferentes questionamentos que se fazem sobre a competência do médico cubano, ao sustentar um discurso de oposição ao PMM.

Em (13), vemos representada ainda a questão do Exame Nacional de Revalidação de Diplomas Médicos (Revalida). Este teste tem sido aplicado como avaliação de médicos que querem atuar no Brasil, mas que não se formaram no país.

Conforme exposto anteriormente, a “Revalida” não está sendo exigida dos participantes do PMM, desde que cumpram as regras do programa e limitem sua atuação a ele. Esta resolução tem causado grande discordância e se revela, sobretudo, nas sequências (12) e (13), em que se regulariza o discurso de que “sem o teste não há como mensurar o conhecimento dos médicos cubanos e avaliar suas aptidões”. Logo, a população mais carente (que é justamente a que se beneficiaria com o PMM) ficaria à mercê da qualidade questionável desses profissionais.

Em (14) a (16), verifica-se também o questionamento da competência profissional dos médicos cubanos. No entanto, o argumento principal recai em conhecimentos de doenças particulares do território brasileiro, tais como a febre amarela e a dengue. Está pressuposto que existem doenças típicas do território brasileiro que exigem um conhecimento adquirido na formação de médicos que aqui se formam. Assim, os médicos cubanos não apresentam familiaridade, tampouco experiência, em reconhecer e tratar de tais enfermidades.

Por fim, a última sequência ainda apresenta atribuições relacionadas à aparência física de médicas cubanas. O recorte destacado em (16) é apenas um exemplo - por sinal, o mais polêmico publicado na mídia - de como é a imagem que se constrói sobre o perfil de um bom médico (bem vestido, penteado, com padrões estéticos de elite) e de como os médicos cubanos não correspondem a esse perfil, segundo um posicionamento preconceituoso.

Se por um lado podemos identificar discursos construídos por argumentos racistas, por outro lado, vemos em (17) a (20) um discurso que se opõe ao que acabamos de apresentar em (12) a (16). Também utilizam como argumento principal o conhecimento, a competência profissional e a aparência física, mas, dessa vez, na tentativa de desconstruir o preconceito existente em relação à figura do médico cubano:

- (17) “Não conta, por exemplo, que médicos cubanos já trabalharam no Brasil, atendendo a comunidades pobres e distantes nos estados de Tocantins, Roraima e Amapá. *Não houve nenhuma reclamação quanto à qualidade desse atendimento e nenhum problema com o conhecimento restrito da língua portuguesa.*” ... “*Se eles não entenderem as expressões locais, perguntam de novo, perguntam pela terceira vez.*” (correioocidadania.com, 26/08/2013)

- (18) “... todos os médicos cubanos ou formados em Cuba têm *especialização em Medicina da Família.*” (noticias.r7.com, 03/09/2013)
- (19) “*Tá cheio de ‘bonitinhos’ desfilando por ai de avental, mas de medicina mesmo não entendem nada,* pra tudo esses que se dizem médicos pedem exames para diagnosticar uma enfermidade, assim fica fácil ser médico...” (globo.com, 27/08/2013)
- (20) “*Mesmo se fosse ‘só’ aparência. Antes uma médica descabelada, competente e capacitada*” (globo.com, 27/08/2013)

Para interpretar (17), é necessário revisitar as condições de produção que permitem compreender seu funcionamento. Em outubro de 1999, ainda no governo de Fernando Henrique Cardoso, cinco médicos cubanos foram trazidos para o município de Arraias, em Tocantins, a fim de possibilitar o atendimento da população mais carente nos hospitais locais. A recepção a esses profissionais foi positiva e o desempenho deles satisfatório. Verificamos, portanto, a tentativa de desconstrução do argumento contra o PMM sobre a falta de conhecimento do idioma e de doenças específicas da região, uma vez que defende não serem estes conhecimentos que irão atrapalhar o desempenho profissional dos médicos cubanos.

Corroborando a qualidade da formação dos médicos cubanos, em (18) identificamos um ponto importante: a especialização que estes médicos recebem em medicina da família e que poucos médicos brasileiros possuem, a não ser aqueles que optam por atuar na saúde coletiva e na atenção básica. A maior parte dos médicos brasileiros escolhe uma especialização e acabam não sendo atraídos pelas práticas de atenção básica e para a atuação no sistema público. Assim, a experiência dos médicos cubanos em saúde da família vem sendo ressaltada como positiva, por eles apresentarem um currículo mais humanizado que o do brasileiro e que confere maior espaço à atenção básica de saúde.

As sequências (19) e (20), por sua vez, operam com o preconceito da aparência física e do “perfil” do médico. A base desse discurso já foi analisada anteriormente em (16), num posicionamento contra o PMM, e está sendo retomado agora como um discurso de sustentação a favor do programa. Há aqui a menção do perfil do médico se referindo ao fato de que a aparência não está diretamente relacionada com a



competência profissional e não dita a capacidade do sujeito, sendo apenas utilizado um estereótipo.

Por fim, é importante sublinhar o funcionamento que associa o PMM a uma medida eleitoreira do governo, sobretudo por parte da associação de médicos brasileiros. Acrescenta-se aqui o atravessamento da questão do trabalho escravo e, portanto, da ilegalidade do procedimento do governo.

(21) “Não é preconceito com os médicos estrangeiros, mas convenhamos, *esta medida é sim eleitoreira!* (...) Poucos são os médicos estrangeiros de outras nacionalidades que não seja cubana. *Não é estranho que uns 90% sejam de lá?*” (noticias.r7.com, 26/08/2013)

(22) “O Conselho Federal de Medicina (CFM) divulgou nota em que *considera ‘eleitoreira, irresponsável e desrespeitosa’* a contratação de médicos cubanos para atuar no país, anunciada nesta quarta-feira pelo governo federal. O CFM condena de forma veemente a decisão.” (Veja, 22/08/2013)

(23) “Para as entidades médicas brasileiras, *a atuação dos estrangeiros no Brasil será semelhante ao trabalho escravo.*” (noticias.r7.com, 26/08/2013)

(24) “A Federação Nacional dos Médicos (Fenam) também se manifestou oficialmente, afirmando que a vinda dos médicos cubanos no formato proposto pelo Ministério da Saúde constitui *trabalho escravo.*” (uol.com.br, 04/09/2013)

O discurso representado em (21) e (22) - que, inclusive, já se manifesta na sequência representada em (7) - de que a vinda de médicos estrangeiros para o Brasil, sobretudo os cubanos, está relacionado a uma medida eleitoreira do governo do PT é comum em posicionamentos contra o PMM. Neles, alega-se ser esta medida desrespeitosa, por estar vinculada a desvalorização do médico brasileiro; irresponsável, principalmente pela questão da revalida ter sido suspensa para os médicos do programa; e eleitoreira, pela grande quantidade de médicos vindos de Cuba causar estranhamento e desconfiança na população e nas entidades médicas brasileiras.

Relaciona-se a isso o regime de trabalho ao qual os médicos cubanos estão submetidos. O Brasil pagará R\$ 10 mil para cada médico importado e esse dinheiro será destinado para a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) e para Cuba, que se encarregarão de repassar apenas uma pequena parte desse pagamento para os médicos. De acordo com a opinião das entidades médicas brasileiras representadas em (23) e (24), os cubanos estão aceitando trabalhar no território brasileiro recebendo pouco e em lugares com pouca condição de trabalho, por isso, consideram o regime de trabalho proposto como trabalho escravo. Também podemos sustentar, baseado na memória histórica, que o trabalho escravo está relacionado à população negra, que é a grande maioria dos cubanos.

### 3. Considerações finais

Buscamos articular neste trabalho os discursos veiculados pela mídia sobre o PMM, na tentativa de evidenciar as relações interdiscursivas existentes entre as duas formações discursivas que aqui propomos. Podemos dizer que, no corpus analisado, são materializados discursos próprios de uma FD a favor do PMM e outra FD contra. Ambas mantendo uma relação polêmica entre si e assumidas por uma rede de sujeitos que com elas se identificam.

O discurso dessas FDs é marcado pela heterogeneidade, na medida em que se apoiam em diferentes argumentos para se sustentar. Desse modo, quando retomamos a FD a favor do PMM, não só nos deparamos com o discurso sobre a *falta de médicos* no Brasil - que aparece intimamente relacionada com a qualidade da saúde no país e que se constitui como o discurso mais representativo para o governo brasileiro -, mas também com os discursos sobre a melhor formação e experiência dos médicos cubanos em medicina básica, a boa atuação que esses médicos já estiveram em Tocantins e a dissociação entre aparência física e competência profissional.

Por outro lado, a FD contra o PMM se constitui não só por discursos que defendem que o real problema da saúde é a *falta de estrutura e as péssimas condições de trabalho* para os médicos brasileiros, mas também por discursos que trazem argumentos relacionados à desvalorização dos médicos brasileiros, ao despreparo dos médicos estrangeiros – seja quanto a doenças locais, quanto ao SUS ou à língua portuguesa -, à retirada da Revalida, à aparência física e ao perfil que um médico deve sustentar - o qual se supõe que os cubanos não preencheriam -, ao

regime de trabalho oferecido aos estrangeiros e, até mesmo, às medidas eleitoreiras da presidenta Dilma e seu respectivo partido político.

Em outras palavras, essas FDs permitem mostrar que estamos tratando de duas ordens distintas de argumentação. A primeira delas, a favor do programa, está pautada no pré-construído de que a população tem direito à saúde e o governo o dever de prover essa saúde, conforme se comprometeu por lei desde a Constituição de 1988. Já a segunda, se pauta no pré-construído de que todo trabalhador – e o médico fala a partir dessa posição – tem direito às condições favoráveis de trabalho. No entanto, o corpus nos revela que esse segundo pré-construído não é capaz de dar conta diversidade argumentativa que surge no interior da FD contra o PMM, pois há vários desdobramentos que permeiam ora argumentos trabalhistas, ora argumentos racistas e ora argumentos políticos, por exemplo. Vemos surgir assim um sintoma de dissimetria. Ou seja, apesar de ambas as FDs serem marcadas pela heterogeneidade, quando falamos a partir do posicionamento a favor do PMM percebemos que o governo – e todos aqueles que partilham da mesma opinião – opera com menos argumentos, os quais parecem se bastar para justificar o pré-construído de que o governo tem o dever de prover a saúde para a população. Já a FD contra o programa se apresenta com numerosos argumentos para se posicionar contra uma defesa aparentemente sólida do governo e que tem uma base histórica. Vemos que, assim como um discurso religioso, por exemplo, que pretende reivindicar sua legitimidade a partir da negação do outro (MAINGUENEAU, 2005), os discursos contra o PMM funcionam como uma tentativa de resistência ao discurso *institucional*.

Lembramos, mais uma vez, que os discursos nunca são autônomos, uma vez que mantêm relações com outros discursos anteriores que sempre o atravessam (PÊCHEUX, 1999), seja para sustentá-lo, contradizê-lo, complementá-lo, etc. Esse funcionamento discursivo pôde ser observado ao longo de todo o trabalho por meio das sequências enunciativas destacadas e que são representativas do corpus coletado acerca do PMM.

## Referências

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil** - Artigo 196, Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988.

COURTINE, J-J. **Análise do discurso político**: o discurso comunista endereçado aos cristãos. São Carlos: Edufscar, 2009.

FOUCAULT, M. **A arqueologia do saber**. Rio de Janeiro: Forense universitária, 1969.

\_\_\_\_\_. **A palavra e as coisas**. São Paulo: Martins Fontes, 2000.

MAINGUENEAU, D. **Novas Tendências em Análise do Discurso**. Campinas: Pontes & Editora da Unicamp, 1997.

\_\_\_\_\_. **Gênese dos discursos**. Curitiba: Criar, 2005.

\_\_\_\_\_. **Cenas da enunciação**. Organização de Sírio Possenti e Maria Cecília Perez de Souza-e-Silva. São Paulo: Parábola, 2006.

SARGENTINI, V. M. O. A noção de formação discursiva: uma relação estreita com o corpus na análise do discurso. In: BARONAS, R. L. **Análise do Discurso: apontamentos para uma história da noção – conceito de formação discursiva**. São Carlos: Pedro & João Editores, 2007.

PÊCHEUX, M. **Papel da memória**. In: ACHARD, P. et al. (Org.) **Papel da memória**. Trad. José Horta Nunes. Campinas: Pontes, 1999.

POSSENTI, S. **Observações sobre interdiscurso**. Revista Letras, Curitiba, nº61, p. 253-269. 2003.

\_\_\_\_\_. **Questões para analistas do discurso**. São Paulo: Parábola, 2009.