

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL ESCOLA DE
ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

VILMA CONSTANCIA FIORAVANTE DOS SANTOS

**A SAÚDE COMO DIREITO: UM MANIFESTO VISUAL DA LUTA POR
RECONHECIMENTO**

PORTO ALEGRE

2018

VILMA CONSTANCIA FIORAVANTE DOS SANTOS

**A SAÚDE COMO DIREITO: UM MANIFESTO VISUAL DA LUTA POR
RECONHECIMENTO**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para a obtenção do título de Doutora em Enfermagem.

Área de Concentração: Políticas e Práticas em Saúde e Enfermagem

Linha de pesquisa: Enfermagem e Saúde Coletiva

Orientadora: Profa. Dra. Tatiana Engel Gerhardt

PORTO ALEGRE

2018

CIP - Catalogação na Publicação

Santos, Vilma Constancia Fioravante
A saúde como direito: um manifesto visual da Luta
por Reconhecimento / Vilma Constancia Fioravante
Santos. -- 2018.
320 f.
Orientadora: Tatiana Engel Gerhardt.

Tese (Doutorado) -- Universidade Federal do Rio
Grande do Sul, Escola de Enfermagem, Programa de Pós-
Graduação em Enfermagem, Porto Alegre, BR-RS, 2018.

1. Direito a Saúde. 2. Luta por Reconhecimento. 3.
Saúde da População Rural. 4. Cuidado em Saúde. I.
Gerhardt, Tatiana Engel, orient. II. Título.

VILMA CONSTANCIA FIORAVANTE DOS SANTOS

A saúde como direito: um manifesto visual da Luta por Reconhecimento

Tese apresentada ao Curso de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para a obtenção do título de Doutora em Enfermagem.

Aprovada em Porto Alegre, 07 de maio de 2018.

BANCA EXAMINADORA



Profa. Dra. Tatiana Engel Gerhardt

Presidente – PPGENF/UFRGS



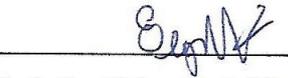
Profa. Dra. Deise Lisboa Riquinho

Membro – PPGENF/UFRGS



Prof. Dr. Emil Albert Sobottka

Membro – PUCRS



Profa. Dra. Eliziane Nicolodi Francescato Ruiz

Membro – PGDR/UFRGS



Profa. Dra. Roseni Pinheiro

Membro – UERJ

A todos aqueles que lutam, mesmo sem a merecida visibilidade social.

AGRADECIMENTOS

O processo de construir esta Tese se deu na forma de doação e experimentação, também na irremediável transformação que gerou em mim, de tudo que vivi o que mais me traz alegria é a possibilidade de renascer em outros pensamentos, formas de ver e de mirar o mundo. Sem dúvidas, alguns personagens de minha história fazem parte disso de forma muito intensa, para eles dou o meu muito obrigada, alguns estarão citados aqui neste trecho e outros nas entrelinhas.

Agradeço à/aos...

- Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS – pela qualidade do ensino e pelos espaços de diálogo e debate. E, ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem - PPGEnf – da Escola de Enfermagem, pelas oportunidades e disciplinas que nos proporcionam crescimento acadêmico.

- Grupo de Pesquisa em Saúde Coletiva -GESC - pela acolhida, pelas amizades que fiz nesse espaço de produção do conhecimento, pelo ambiente descontraído e, acima de tudo, de construção que se fortalece no coletivo.

- Professora Tatiana que, sabiamente, respeitou e aguardou pelos meus tempos, principalmente, pelo tempo que transcorre entre a primeira e segunda mirada para o mesmo objeto. E, especialmente, por me inspirar a criar e me desafiar, segurando minha mão quando se fez necessário e, na mesma proporção, motivando-me a caminhar sozinha em constante busca. Impossível nomeá-la como orientadora, pois é muito mais.

- Eliziane Ruiz pela parceria que semeou em mim a reciprocidade por tudo que é bom no meio acadêmico, especialmente pelos sonhos de um mundo melhor pela via das relações sociais mais horizontais e respeitadas. Pelas indicações dos livros, nunca teria lido o José de Souza Martins com tanto zelo se não viesse dela a sugestão. À Deise Riquinho, querida Enfermeira, que mostra para mim o quanto podemos ser diferentes na Enfermagem. E, acima de tudo, serenas no mundo do trabalho e da vida para recebermos o outro que em algum momento compartilha conosco sua jornada. À Adriana Roese, quem me inseriu no meio acadêmico pelo caminho da pesquisa, desde os primeiros resumos e, sempre, o exemplo de não procrastinar e me arriscar diante dos grandes desafios. Minhas queridas e grandes inspirações, desejo estar sempre por perto, crescendo e aprendendo com cada uma de vocês, hoje me sinto mais valiosa e potente para estar no mundo.

- querido Prof Emil gratidão pela generosidade da partilha e da acolhida, tenho profunda admiração, sua postura de acolher e encorajar foi fundamental para que eu seguisse adiante. Por meio dessas grandes virtudes foi possível conhecer um afetuoso amigo do meio acadêmico, Vagner Vargas, da mesma gentileza e generosidade que semeia Prof Emil. Caros, obrigada pela acolhida no grupo de estudos e pela coragem que me inspiraram, emancipação e cidadania é muito mais que discurso.

- Joannie Fachinelli, amiga e irmã que a vida me deu, simplesmente não tenho palavras, além da gratidão. Obrigada por me ensinar todo o dia a fazer o exercício do não julgamento. À Maria da Bahia e Maria Fernanda minhas grandes amigas, juntas partilhamos experiências de grande amadurecimento e fontes de coragem. Minhas queridas, gratidão pela amizade que liberta.

- meus colegas de trabalho e amigos que fiz no mundo do trabalho.

- meu querido companheiro das horas boas e ruins, Fernando Fan, que me acompanha com a tranquilidade daqueles que amam, gratidão pelo teu amor e carinho infindáveis, pelo respeito e inspiração. Tudo isso não seria possível sem teu amor e suporte, juntos somos mais fortes.

Gostaria de agradecer imensamente a equipe que me recebeu no rural de Gravataí, por ter compartilhado comigo muito mais do que seu cotidiano, suas experiências, formas de olhar para o mundo, conhecimento técnico, almoços, jantares, água gelada no calor escaldante de dezembro, o lanche da tarde, enfim pela generosidade... Eu só ofereço minha gratidão e o sentimento de que fiz muitas amizades e que há lutas que valem a pena serem empreendidas.

A todos meu muito obrigada, como forma de retribuição fico no compromisso de seguir os exemplos de partilha e semeá-los por onde eu andar.

De nuestros miedos nacen nuestros corajes y en nuestras dudas viven nuestras certezas.

Los sueños anuncian otra realidad posible y los delirios otra razón.
En los extravíos nos esperan hallazgos, porque es preciso perderse para volver a encontrarse.

Eduardo Galeano

RESUMO

SANTOS, Vilma Constanca Fioravante dos. **A saúde como direito: um manifesto visual da luta por Reconhecimento.** 2018. 321 f. Tese. (Doutorado em Enfermagem). – Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2017.

A presente tese tem como tema de pesquisa a saúde como um direito de cidadania, centrando-se na figura do profissional de saúde como um elemento importante para pensarmos a construção de espaços públicos que sustentem o exercício da cidadania pela via da saúde. Tendo como despertar a reflexão de que o alcance do espaço público se dá quando os sujeitos se vêm reconhecidos como integrantes dignos de valor em relações intersubjetivas, constituindo assim uma vida pública capaz de promover a saúde como um direito de cidadania, atuando em nome do campo da saúde como fonte de valorização e visibilidade social. Realizou-se um estudo etnográfico, com o uso de imagens para a constituição de narrativas visuais que indicassem espaços e situações envolvidas no estabelecimento de relações intersubjetivas e na ocupação de um espaço público por profissionais da saúde no rural. A geração dos dados se deu em um serviço de saúde do rural do Município de Gravataí, com a produção de fotografias, observação participante, registros em diário de campo e realização de entrevistas semiestruturadas, entre setembro de 2016 a março de 2017. O processo de análise dos dados se deu por meio da orientação interpretativa realizada à luz das contribuições de Clifford Gueertz e do referencial teórico oferecido pela Teoria do Reconhecimento em Axel Honneth. As imagens, mais do que ilustrar a configuração das relações que se estabelecem entre os profissionais e usuários no cotidiano de um serviço de saúde ou nas trajetórias assistenciais, explicitam o sentido do texto construído a partir das esferas do Reconhecimento: o afeto, o direito e a estima social. A sociabilidade que se conforma no espaço institucionalizado do serviço de saúde impõe mais formas de desrespeito do que de fortalecimento do interesse pelo espaço público. As narrativas visuais do cotidiano do serviço de saúde enunciam as formas de desrespeito vivenciado pelos profissionais, instigando a reflexão sobre a repressão imposta pela lógica normativa de funcionamento dos serviços de saúde. As trajetórias assistenciais expressam experiências na saúde (não necessariamente experiências de cidadania ou do alcance de direitos), transcritas pelas e com as fotografias, e visibilizam mecanismos que se conformam no cotidiano de um serviço de saúde. Esses mecanismos tem o potencial de valorizar as relações intersubjetivas, invisibilizadas pela lógica da organização institucional e da formulação das políticas públicas no campo da saúde, explicitando que o espaço público estabelecido fora do espaço físico do serviço de saúde ocorre de forma mais respeitosa. De modo geral, as narrativas visuais trazem à luz o esvaziamento do espaço público em seu potencial de ser mediador da formação da vontade pública, assim como os mecanismos que endossam a invisibilidade dos sujeitos. A gramática das relações sociais indica a produção de sujeitos anônimos que não conseguem simbolizar o quanto suas necessidades individuais são relevantes para colaborar com o coletivo e conformar uma vida pública. Disso emerge a consideração de que é preciso ocupar o espaço público como um exercício de cidadania, onde a luta pela saúde, como um direito, vem da resignificação e do envolvimento com o que é público.

Palavras-chave: Direito a saúde; Reconhecimento; Cidadania; Cuidado em Saúde.

RESUMEN

SANTOS, Vilma Constancia Fioravante dos. **La salud como un derecho: un manifiesto visual de la lucha por el reconocimiento**. 2018. 321 f. Tesis. (Doctorado en Enfermería). – Escuela de Enfermería, Universidad Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2017.

La presente tesis tiene como tema de investigación a la salud como un derecho de ciudadanía, centrándose en la figura del profesional de la salud como un elemento importante en la construcción de espacios públicos que sustentan el ejercicio de la ciudadanía por la vía de la salud. Partimos de la reflexión de que el alcance del espacio público se da cuando los sujetos se ven reconocidos como integrantes dignos de valor en las relaciones intersubjetivas, constituyendo de esta manera una vida pública capaz de promover la salud como un derecho de ciudadanía, actuando en nombre del campo de la salud como fuente de valoración y visibilidad social. Se realizó un estudio etnográfico, con uso de imágenes para la constitución de narrativas visuales que muestren los espacios y situaciones involucradas en el establecimiento de relaciones intersubjetivas y en la ocupación de un espacio público atendido por profesionales de la salud en el ámbito rural. Los datos fueron recolectados en un servicio de salud rural del Municipio de Gravataí, con elaboración de fotografías, observación participante, registros en diario de campo y realización de entrevistas semi-estructuradas. Las actividades en campo empírico se realizaron entre septiembre de 2016 a marzo de 2017. El proceso de análisis de los datos se efectuó por medio de la orientación interpretativa realizada a la luz de las contribuciones de Clifford Gueertz y del referente teórico ofrecido por la Teoría del Reconocimiento de Axel Honneth. Las imágenes, más que ilustrar, explican el sentido del texto construido a partir de las esferas del Reconocimiento: del afecto, del derecho y de la estima social. Las narrativas visuales enuncian las formas de irrespeto vivenciadas por los profesionales, instigando la reflexión sobre la represión impuesta por la lógica normativa de funcionamiento de los servicios de salud. La sociabilidad que se conforma en el espacio institucionalizado del servicio de salud impone más formas de irrespeto que de fortalecimiento del interés por el espacio público. La construcción de narrativas visuales que expresan experiencias en salud (no necesariamente experiencias de ciudadanía o de alcance de derechos), transcritas por las trayectorias asistenciales y las fotografías, se efectuó con la intención de visibilizar mecanismos que se conforman en lo cotidiano de un servicio de salud. Estos mecanismos tienen el potencial de valorizar las relaciones intersubjetivas, invisibilizadas por la lógica de la organización institucional y la formulación de las políticas públicas en el campo de la salud, explicitando que el espacio público establecido fuera del espacio físico del servicio de salud ocurre de forma más respetuosa. De modo general, las narrativas visuales muestran el vaciamiento del espacio público en su potencial de ser mediador de la formación de voluntad pública y de mecanismos que endosan la invisibilidad de los sujetos. La gramática de las relaciones sociales indica la producción de sujetos anónimos que no logran simbolizar cuán relevantes son sus necesidades individuales para colaborar con el colectivo y conformar una vida pública. Surge entonces, la consideración de que es preciso ocupar el espacio público como un ejercicio de ciudadanía. La lucha de la salud como un derecho, proviene de la re-significación del sentido de lo público y del deseo de involucrarse con lo que es público, desde los profesionales de la salud.

Palabras clave: Derecho a la salud; Reconocimiento; Ciudadanía; Cuidado en Salud.

ABSTRACT

SANTOS, Vilma Constancia Fioravante dos. **Health as a Right: A Visual Manifest of the Fight for Recognition.** 2018. 321 f. Phd. Thesis. (Phd in Nursing). – Nursing School, Federam University of Rio Grande do Sul, Porto Alegre, Brazil, 2017.

The present thesis deals with health as a right of citizenship, focusing on the health professional as an important element to think about the construction of public spaces that support the exercise of citizenship through health. Having as a turning point the fact that the scope of the public space occurs when subjects are recognized as worthy members in intersubjective relations, thus constituting a public life capable of promoting health as a right of citizenship, acting in the name of the field health as a source of appreciation and social visibility. An ethnographic study was carried out using images for the constitution of visual narratives that indicated the spaces and situations involved in the establishment of intersubjective relations and in the occupation of a public space by health professionals in the rural areas. The data was generated in a rural area health service in the city of Gravataí (RS, Brazil), with the production of photographs, participant observation, field diary records and semi-structured interviews. The activities in empirical field occurred between September 2016 to March 2017. The process of data analysis took place through an interpretative orientation performed in the light of the contributions of Clifford Gueertz and the theoretical framework offered by the Theory of Recognition of Axel Honneth. The images, rather than illustrate, explain the meaning of the text constructed from the spheres of Recognition as an analytical reference of daily life, affection, law and social esteem. The images also bring the description of assistential trajectories that reveal the configuration of relationships which are established between professionals and users. The visual narratives enunciate the forms of disrespect experienced by the professionals, instigating the reflection on the repression imposed by the normative logic of health services functioning. The sociability that conforms in the institutionalized space of the health service imposes more forms of disrespect than of strengthening interest in the public space. The construction of visual narratives that express experiences in health (not necessarily experiences of citizenship or experiences rights reaching), transcribed by the assistential trajectories by and with the photographs, occurred in order to visualize mechanisms that conform the daily life of a health service. These mechanisms have the potential to value intersubjective relations, invisible by the logic of institutional organization and the formulation of public policies in the field of health, stating that the public space established outside the physical space of the health service takes place in a more respectful way. In general, the visual narratives bring to light the emptying of the public space in its potential to be mediator of the formation of the public will and to mechanisms that endorse the invisibility of the subjects. The grammar of social relations indicates the production of anonymous subjects who cannot symbolize how their individual needs are relevant to collaborate with the collective and conform a public life. From this emerges the consideration that it is necessary to occupy the public space as an exercise of citizenship. The struggle for health, as a right, comes from the re-signification of the senses of what is public, from the desire of those who are involved in activities such as health professionals to engage with what is public.

Key words: Right to health; Recognition; Citizenship; Health Care

LISTA DE FIGURAS

Figura 1Espacialização das ESF no rural do Município de Gravataí.....	113
Figura 2Trajeto até Morungava, saindo de Porto Alegre, RS.....	115
Figura 3Distancias em Morungava.....	115

LISTA DE QUADROS

- Quadro 1** Estrutura das etapas de autorrealização, dos domínios e formas de fortalecimento e de desrespeito, a partir da Teoria do Reconhecimento.59
- Quadro 2** Descrição das formas de fortalecimento e de desrespeito, a partir dos domínios do Reconhecimento, e os efeitos no interesse pela vida pública.....221

SUMÁRIO

1 . INTRODUÇÃO	17
PARTE I – CIDADANIA, SAÚDE, LUTA POR RECONHECIMENTO	24
2. BREVE RECONSTRUÇÃO DO QUE É O ESTADO DEMOCRÁTICO DE DIREITO: O SUBSTRATO DE CIDADANIA	24
2.1 O “nós” da esfera pública	25
2.2 A Luta pela ocupação do espaço público democrático no Brasil	29
3. O SISTEMA PÚBLICO DE SAÚDE COMO UMA CONQUISTA DA DEMOCRACIA E A SAÚDE COMO EXERCÍCIO DA CIDADANIA.....	34
3.1 A Reforma Sanitária como uma legitimação da democracia.....	34
3.2 A cidadania pela via da saúde	37
4. O RECONHECIMENTO COMO UMA DAS LENTES POSSÍVEIS À COMPREENSÃO MAIS ALARGADA DA CIDADANIA	42
4.1 A construção do conceito de Reconhecimento a partir da leitura de Axel Honneth	43
4.2 Luta por Reconhecimento como substrato para a efetivação da saúde como um direito de cidadania	51
5. O AGIR MEDIADOR COMO CATEGORIA PARA PENSAR A INTERAÇÃO ESTADO, PROFISSIONAIS E USUÁRIOS	60
6 BREVES ANOTAÇÕES SOBRE O RURAL COMO CONTEXTO: CONTRIBUIÇÕES DA SAÚDE.....	66
7. O ENCONTRO ENTRE O RECONHECIMENTO E A SAÚDE COMO UM DIREITO DE CIDADANIA EM UM CONTEXTO RURAL	75
PARTE II – A BUSCA E O ENCONTRO DE UM E COM UM EMPÍRICO	83
8 UM ENSAIO DO SAIR “DAQUI” E IR PARA “LÁ”	107
8.1 Um rural de Gravataí que se chama Morungava	110
8.2. Uma experiência etnográfica no rural: quem olha, olha de algum lugar	120

8.3 Nem arte, nem técnica: o esforço de olhar com e pelas fotografias.....	121
8.4 Para além da captação de imagens: constituição de relações éticas	130
8.5 O estar em campo e o acessar a gramática das relações: fazer parte	134
8.6 O cotidiano pensado com e por imagens: montagem, desmontagem e remontagem das relações intersubjetivas pelas esferas do Reconhecimento.....	137
PARTE III – PENSAR COM E POR IMAGENS: EXERCÍCIO DE ANÁLISE DOS CONFLITOS SOCIAIS EM UM ESPAÇO PÚBLICO	141
9 ABERTURA PARA RELAÇÕES DE CAMARADAGEM POROSAS AO DIÁLOGO <i>VERSUS</i> SENTIMENTO DESCONFIANÇA E INVISIBILIDADE	152
10 PERTENCIMENTO SOCIAL <i>VERSUS</i> FUGA DAS SITUAÇÕES QUE GERAM DESRESPEITO.....	179
11 SENTIMENTO DE VALORIZAÇÃO SOCIAL <i>VERSUS</i> SENTIMENTO DE INJUSTIÇA	193
12 Formas de valorização e desrespeito no espaço público: entre pertencimento e anonimato	221
13 O que as trajetórias assistenciais têm a revelar sobre o estabelecimento de relações intersubjetivas no espaço público?	227
13.1 Sr. Fredericksen e Senhora Ellie: o sonho pela reversão da bolsa de colostomia – dependência de um sistema formal de atenção em saúde	229
13.2 Senhor Antônio e Dona Cenilda – nem dependência, nem desconexão com o sistema de saúde.....	240
13.3 Dona Jade e Senhor Valente: a desconcertante relação entre a pluralidade da vida e o sistema de saúde	250
13.4 O senhor Solidão e a invisibilidade de quem não tem expressão no mundo comum	274
14 ALGUMAS CONSIDERAÇÕES SOBRE A PROMESSA DE RECONHECIMENTO.....	283
15 CONSIDERAÇÕES FINAIS: QUANDO A PALAVRA ESCRITA NÃO SE FAZ MAIS NECESSÁRIA	296
REFERÊNCIAS.....	Erro! Indicador não definido.

APÊNDICES	309
APÊNDICE A - Autorização para utilização de dados.....	310
APÊNDICE B - Autorização para realização da Pesquisa em Gravataí.....	311
APÊNDICE C – Documento de aprovação do Comitê de Ética	312
ANEXOS	314
Anexo A – Termo De Consentimento Livre Esclarecido (TCLE) para os profissionais de saúde	315
Anexo B – Termo De Consentimento Livre Esclarecido (TCLE) para os usuários	318

1 . INTRODUÇÃO

A presente tese tem como tema de pesquisa a saúde como um direito de cidadania, centrando-se na figura do profissional de saúde como um elemento importante para pensarmos a construção de espaços públicos que sustentem o exercício da cidadania pela via da saúde. Está vinculada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, na linha de pesquisa Políticas, avaliação e atenção em saúde e enfermagem, e ao Grupo de Estudos em Saúde Coletiva (GESCC) da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

O problema de pesquisa versa sobre a análise da saúde como um direito de cidadania tendo como ponto de partida os valores e normas que sustentam a implicação do profissional de saúde em lutar publicamente para que isso se torne concreto, a partir do contexto e da dinâmica de seu agir mediador. O distanciamento entre a formalidade instituída que garante o direito à saúde e as lutas empreendidas cotidianamente para que isso se torne concreto me instigou a refletir acerca da cidadania. Mas, o alcance dessa condição de sermos cidadãos depende da constituição de espaços públicos, para que assim seja possível o exercício da cidadania e a construção de um lugar comum com interesses comuns que possam ser legítimos e válidos junto ao Estado. O profissional de saúde é compreendido aqui como um ator importante para a constituição desses espaços públicos dentro de aparatos do Estado, como é caso dos serviços de saúde. O agir mediador do profissional de saúde em implementar políticas públicas pode ser um caminho profícuo para darmos visibilidade as ações que podem potencializar (quando atua na conformação de autorrelações práticas) ou enfraquecer (quando atua nos domínios negativos) a visibilidade social dos indivíduos na produção da saúde enquanto direito de cidadania.

As questões disparadoras para a construção do problema de pesquisa se constituem de longa data, posso atribuí-las ao percurso de minha graduação em Enfermagem, quando fui colocada frente-a-frente com o sofrimento daqueles que buscam os serviços de saúde cotidianamente, posteriormente com o processo de cursar o Mestrado acadêmico neste mesmo programa. Na graduação percebi, desde logo, que os profissionais de saúde representavam os poucos recursos humanos disponíveis nos territórios, em algumas situações os únicos, e por essa condição o sofrimento que os atingia eu compreendia muito pouco. Pela possibilidade de

acompanhar pessoas sensíveis e mobilizadas, conheci muitos lugares e situações que me chocaram: cárcere privado, violência doméstica e infantil velada, fome, pobreza, troca de votos por consultas médicas ou encaminhamentos que não seguiam listas de espera por meio de relações clientelistas. Tudo isso era tão óbvio para os profissionais quanto difícil de ser discutido em espaços públicos, na verdade quase impossível, em função dos vínculos empregatícios, da naturalização das injustiças e da inexistência de espaços públicos que tivessem agenda para essa discussão. Muitas situações e condições me mobilizaram, inquietaram e me fizeram sofrer muito, talvez tenham me provocado um acordar quase violento da inocente e simplista expectativa de que a assistência em saúde poderia resolver sofrimentos que têm raiz comum no coletivo e não no individual.

Durante o Mestrado em Enfermagem, para minha felicidade e inquietação, tive acesso a alguns elementos e discussões em relação ao cuidado, à atenção e à organização do Sistema de Saúde. Isso me ajudou a construir e conhecer modos mais ampliados de pensar e olhar para as políticas públicas que incidem sobre o campo da saúde, elaborando um pouco melhor o papel do Estado frente à garantia de direitos como um contraponto à dissonância entre a formulação das políticas públicas e sua implementação. Na construção da minha Dissertação explorei as ações de cuidado na Rede de Atenção em Saúde no rural de um município na metade Sul do Estado, de modo que algumas questões emergiram desse processo, despertando-me o interesse para o que Axel Honneth escreveu sobre a “Luta por Reconhecimento”. Em especial, quando entendi que os profissionais de saúde, mesmo sofrendo sanções por parte dos coordenadores e do Secretário Municipal de Saúde, ainda se movimentavam para agir na intenção de mediar situações em que tinham o intuito de facilitar o acesso dos usuários aos serviços e ações públicas em diferentes setores, não somente o da saúde (SANTOS, 2013; SANTOS; GERHARDT, 2015).

Particularmente, o interesse em estudar as relações estabelecidas entre profissionais e usuários ocorreu em função dos dados empíricos que emergiram na realização da minha dissertação de Mestrado. Naquela época, nomeiei como mediação as relações promovidas pelos profissionais, que revelaram significativo potencial para desacomodar a organização normativa do Sistema de Saúde pela exigência de envolvimento mais com as necessidades em saúde dos usuários do que com os aspectos normativos. Assim, o profissional da saúde se coloca nesse espaço de mediação como um ator importante desse agenciamento, o que depende de

sensibilização e legitimação para sua atuação, de modo a envolver outros setores que também intervêm nas condições de saúde das pessoas. Esse apontamento foi construído a partir da análise de que qualquer profissional, naquele contexto, poderia assumir o agir mediador entre os usuários e a possibilidade de acesso a bens e recursos, mas nem todos atuavam nesse sentido. Além disso, as evidências empíricas que obtive na dissertação mostraram-me que o profissional, ao se envolver nesse agir mediador, está exposto a diferentes tipos de sanções que lhe são impostas pela própria lógica organizacional dos serviços de saúde, por exemplo, a gestão, concentrando as decisões e a exigência normativa de organizar seu processo de trabalho a partir de demandas impostas programaticamente (SANTOS, 2013; SANTOS; GERHARDT, 2015).

A partir desses fatos, dois movimentos reflexivos foram importantes para que eu construísse esta pesquisa, um deles a indagação que emergiu da experiência do mestrado: “por que alguns profissionais se envolvem no agir mediador que promove o acesso a bens e serviços em saúde, e outros não se envolvem com isso, mesmo diante de situações de profundas injustiças?”. Esse questionamento despertou-me o desejo de continuar estudando, pela perspectiva do profissional, a saúde como um direito a ser garantido. Outro ponto pertinente foi que, ao assumir o entendimento de que a oferta de serviços em saúde pela perspectiva normativa é limitada, é possível deduzir que, ao se considerar o profissional um representante das políticas públicas localmente, ele se tornará um regulador do acesso aos serviços de saúde. Em relação às dinâmicas da implementação das políticas públicas, o profissional em saúde detém um papel importante, se não decisivo, no sentido de que ele tem liberdade para agir de acordo com o que pensa ser conveniente e fazer escolhas de modo a adaptar critérios “a partir de seus próprios valores e referenciais, e não só a partir das regras predefinidas.”(LOTTA; PAVEZ, 2010, p.110). Isso gera consequências ambivalentes: de um lado pode facilitar a adequação das políticas públicas ao contexto, dinâmica e complexidade dos territórios; de outro pode reforçar as iniquidades em saúde, nos termos propostos por Almeida-Filho (2009), como aquilo que, além de ser evitável, é injusto e indigno, pois resulta em desvalorização, considerando-se que são a tradução do descaso dos representantes das políticas públicas no espaço público.

As considerações indicadas anteriormente são pertinentes para pensar a saúde como um direito, em que a busca por sua garantia nos leva ao exercício da cidadania. Cidadania que não é limitada a luta pela garantia de bens e serviços, mas pelo

extravasamento de ofertas pontuais e doações do Estado, que está inscrita na conquista de novos direitos e na formação de vontade pública em espaços ocupados pelo público (MACHADO, 2011). No campo da saúde ainda se vivenciam limitações teóricas e conceituais que possam dar subsídios para se pensar sobre as interfaces entre as ações em saúde e os efeitos delas para a sociedade, entendendo que os serviços de saúde sob a condição de arenas passíveis de conformarem espaços públicos (MARTINS, 2011). Assim como não se pensa sobre as relações estabelecidas entre aqueles que representam o Estado e aqueles que são o objeto de suas ações, ou seja, os profissionais e os usuários, compreendendo que nessas interrelações há formas de sociabilidade que detém a potência de promover uma nova conformação do “nós” na esfera pública. Evidentemente, reconheço que esta última assertiva pode ser encarada quase como uma interpretação otimista sobre essa constituição de coletivos que possam ocupar a esfera pública, pois como Honneth (2015) nos diz, este espaço sempre foi colonizado por cidadãos selecionados e formou vontades que ouvem a opinião de um público que tem poder suficiente para mobilizar agendas públicas, ou seja, espaços que se conformam longe daqueles que não têm rosto. Por lado, compreendo que é justamente aí que devemos nos ater, nesse processo de conformação do espaço público, inclusive a própria Reforma Sanitária já nos deu nos esta indicação quando promove o slogan de “Saúde é Democracia”. Assim, a presente tese se constrói em uma conjuntura em que dar visibilidade ao debate sobre a saúde como um direito de cidadania é altamente relevante, especialmente por que a própria Reforma Sanitária, que nos garantiu direitos como a saúde, ainda não foi concluída, é um processo contínuo.

A Teoria do Reconhecimento, em Axel Honneth, lente que ofereceu a possibilidade de alargar a compreensão sobre o social e sua forma de organização, não poderia ter sido tão construtiva. Ela mobilizou em mim inquietações e me instigou a pensar sobre a valorização das identidades, a visibilidade dos indivíduos, no interesse pela vida pública e na injustificável posição de menor valor dos sujeitos nos meandros da normatização da atenção em saúde, tanto dos profissionais quanto dos usuários. O alicerce intersubjetivo da teoria mostra, justamente, o quanto se depende uns dos outros e que as lutas que se empreende por visibilidade pública não ocorrem unicamente por interesses individuais e instrumentais, mas em função da denegação de direito e do assentimento do valor dos sujeitos Mesmo diante de muitos avanços em relação às funções do Estado em assentir as demandas das pessoas em espaços

públicos, até hoje muitas pessoas ainda convivem com a invisibilidade perante as políticas públicas e longe das arenas de debate público.

O sofrimento e as injustiças cotidianamente experienciadas por muitas pessoas que ainda não se inseriram em grupos suficientemente visíveis às arenas públicas ainda mantém muitos sem rosto. Apostando que, a democracia, assim como a cidadania, não são frutos de normatividades que nos deem o status de cidadãos, mas da ocupação de pequenos espaços em que a esfera pública é colonizada pela solidariedade entre cidadãos e que daí possam se conformar movimentos com potência suficiente para a formação de vontades que alterem as agendas públicas em nome da saúde como um direito e na conquista de outros direitos, chamo atenção para este estudo de cunho etnográfico que usa imagens para mostrar rostos e fazer quase que um manifesto pela ocupação da esfera pública.

Este texto está construído em paralelo com minha construção intelectual do problema de pesquisa. Inicialmente trago a constituição da saúde enquanto um direito, as formas que temos empreendido para colocá-lo em exercício e, depois, o quanto essas formas têm se distanciado de dinâmicas particulares que estão inscritas no cotidiano. Logo, parto para a descrição do exercício do papel de mediador pelos representantes das políticas públicas e os movimentos gerados a partir disso. Nesse momento, a reflexão acerca desses movimentos gera em mim a necessidade de buscar, na compreensão da constituição da própria sociedade, as formas de se organizar e se relacionar intersubjetivamente, com seus valores e normas. Isso principalmente no que concerne ao entendimento inspirado em Axel Honneth, de que somos no outro, ou seja, constituímos-nos pelas relações intersubjetivas que nos constituem. Assim, os movimentos dessas relações, explicitadas de acordo com suas lógicas de funcionamento, dão-nos possibilidades de olhar para os interstícios das relações entre os atores que colocam em exercício as políticas públicas, buscando nesses interstícios os elementos que têm a potência de fomentar e/ou fragilizar a autonomia dos indivíduos.

O rural se apresenta como pano de fundo das questões de pesquisa, um lugar privilegiado para analisar as relações intersubjetivas de reconhecimento a partir de suas ruralidades. No processo de interação os indivíduos encontram suas identidades, tornam-se o que são por meio de processos de reconhecimento mútuo. Então, o rural é o cenário que dá o suporte para se compreender as redes sociais nas quais as pessoas estão inseridas, e a mediação é a ação do profissional que indica os modos

com que ele opera no fortalecimento ou na fragilização da visibilidade dos indivíduos. De certa forma, penso que estudar o rural é uma bandeira de luta em busca da visibilidade desse espaço a partir de suas diferentes constituições socioculturais, muito mais do que um espaço produtivo.

Acerca da problemática aqui em estudo, alguns subsídios são apresentados e empenho esforços para desenvolver determinada capacidade inventiva na atividade de produção de pesquisa, debruçada em elementos conceituais e teóricos que, neste momento, fazem sentido para mim ao refletir sobre a realidade cotidiana. A partir deste ponto dou início a um percurso recheado de inquietações, interesses e escolhas, algumas mais informadas, outras nem tanto, mas desejosas de contribuições e reconstruções no que se fizer necessário.

Face às possibilidades de empreender uma nova incursão no mundo da pesquisa, depois do Mestrado, busquei alguns elementos que dão corpo à realidade e se mostram densos no mundo vivido, experimentado e produzido pelas pessoas. Pela própria metodologia escolhida não tenho a pretensão de universalizações, mas a de analisar o problema de pesquisa a partir do local. Minha intenção maior é partir da aventura do empírico com o olhar informado, inspirando-me em Cardoso de Oliveira (2000), valorizando o respeito, a alteridade e a sensibilidade para com o outro. Assim, empreender este estudo gera em mim a expectativa de fazer reflexões e incursões que ofereçam mais condições de empreender amarrações teóricas e conceituais, partindo da realidade empírica, como diz Geertz (2001): “*o trabalho de campo é uma experiência educativa completa. O difícil é decidir o que foi aprendido.*” (p.43).

Ao dar início ao referencial teórico e conceitual que se fizeram significativos para mim na construção da presente tese faço um pequeno apontamento: desejo que as fotografias traduzam o recorte da lente pela qual olho o mundo e contribuam para a tradução de um cotidiano, aquele que pesquisei, mas que sejam suficientes para despertar, nos leitores, análises complexas e diversas do que estou me propondo a estudar. Como diriam Milton Guran e Susan Sontag, ninguém é analfabeto visual, e, contrariando algumas racionalidades, não tenho receio de abrir essa possibilidade, pois reconheço que, apesar de meu esforço e dedicação, ainda tenho o que aprender no fazer da pesquisa e sobre o referencial teórico que utilizei aqui para ressignificar a realidade da qual me aproximei.

A partir da minha apropriação em relação aos conceitos que apresentei anteriormente, dou partida ao processo de problematização das inquietações que me mobilizam a empreender esta pesquisa. Esta seção se constitui pela reconstrução de como a saúde enquanto um direito de cidadania e a responsabilidade do profissional da saúde em atuar em um aparato do Estado se colocou como um campo de interesse para mim e como eu chego até o recorte da análise que eu me proponho a realizar. Entendo que esta delimitação em relação ao objeto de pesquisa seja necessária para que eu consiga transitar entre elementos conceituais que são amplos e experiências concretas que emanam do empírico, como a saúde enquanto direito de cidadania, o agir mediador que promove diferentes formas de interações entre atores que estão no campo da saúde, e o reconhecimento enquanto relações intersubjetivas que promove visibilidade social.

PARTE I – CIDADANIA, SAÚDE, LUTA POR RECONHECIMENTO

2. BREVE RECONSTRUÇÃO DO QUE É O ESTADO DEMOCRÁTICO DE DIREITO: O SUBSTRATO DE CIDADANIA

O ensejo de reconstruir, mesmo que em linhas gerais, a conformação do Estado de direito para além de sua estrutura jurídico-legal se fez importante para que eu pudesse clarificar alguns conceitos e defender mais abertamente minhas ideias sobre a saúde como um direito de cidadania. Para isso precisei compreender que, refletir sobre o direito requer também a reflexão sobre o Estado e as forças sociais que o sustentam, na formação das vontades, como diz Honneth. A necessidade dessa reflexão provém da própria especificidade do campo da saúde que é alienado dessa construção histórica do Estado democrático de direito, e me ajuda a compreender que há muitos efeitos na vida das pessoas que atendemos em nossos espaços de trabalho, não fenômenos psicológicos, mas sociais.

Mas além dessa constituição do Estado há que se pensar naquilo que Hannah Arendt (2017) nomeia de público. O termo “público” denota dois fenômenos intimamente correlacionados, mas não perfeitamente idênticos: o primeiro é que tudo o que vem a público pode ser visto e ouvido por todos e tem a maior divulgação possível; e o segundo significa o próprio mundo, à medida que é comum a todos nós e diferente do lugar que nos cabe dentro dele. Somente quando as coisas podem ser vistas por muitas pessoas, numa variedade de aspectos, sem mudarem de identidade, de sorte que os que estão à sua volta sabem que veem as mesmas coisas, na mais completa diversidade, pode a realidade do mundo manifestar-se de maneira real e fidedigna. Essa reflexão é especialmente importante para o exercício de conviver no mundo, equacionar aquilo que nos afasta e aquilo que nos aproxima (ARENDR, 2017). A respeito dessa equação, que nunca é fechada, a leitura dos escritos de Honneth (2015) foi importante para que eu pudesse reconstruir, nesse trecho do material apresentado, a concepção do que é espaço público e de como se construiu um coletivo que participa ou se ausenta deste espaço. Também a leitura de Jessé Souza

(2017) como uma possibilidade de alcançar um panorama da realidade brasileira acerca da construção da esfera pública.

2.1 O “nós” da esfera pública

A ideia acerca da necessidade de uma esfera pública, que não é nem o Estado nem o mercado — como um espaço e livre para nossa formação de uma opinião política, que seja soberano ao poder de ação do Estado surgiu sob domínio da burguesia, como uma vida pública burguesa. Historicamente, a vida pública democrática foi construída no interstício da esfera privada familiar patriarcal e o poder do governo. O princípio geral da democracia fundada na Europa Ocidental foi de que a atividade do governo em decidir sobre o bem-estar interno e externo de uma comunidade política teria que ser entendida como uma extensão da opinião pública, conformada nos fóruns públicos compostos por sujeitos individuais que disputavam seus argumentos (HONNETH, 2015).

Nesses fóruns de pessoas, o que era público, ou seja, de interesse geral e para o bem de todos aqueles que participavam de determinado coletivo, precisava ser aprovado por meio de argumentos válidos e de interesse para esse coletivo, não se estendiam aos membros de fora da burguesia (HONNETH, 2015). Essa possibilidade de constituir espaços de convenção foi uma grande conquista histórica, mas sabidamente ainda são colonizados hoje por pessoas que defendem interesses privados em um espaço público (SOUZA, 2017). Historicamente, a forma de organizar esse espaço teve efeitos sobre a prática da exclusão social. Os homens da burguesia tomavam o que eles consideravam “esfera pública”, sem identificar que nas classes inferiores outras esferas públicas estavam surgindo, mesmo que nessas não houvesse a pretensão de que pudesse se alcançar validade social ou tomar a esfera pública assentada pela burguesia (HONNETH, 2015).

Com o surgimento do mercado de trabalho, mesmo que não se tivesse a consciência da universalidade representativa, esses espaços auxiliaram as primeiras greves e lutas de trabalhadores, inclusive aumentando a autoestima coletiva. Além do auxílio aos trabalhadores, esses espaços foram importantes para a construção de uma cultura de debates e intercâmbio de opiniões. Surgia, então, a vida pública proletária, que não tinha as mesmas pretensões de universalização, como as burguesas, mas que também questionava os fundamentos de dominação existentes

à época. Nessas comunidades de discussão, os ideais burgueses encontraram solo fértil para a disseminação de seus ideais (HONNETH, 2015).

O que esses fóruns tinham em comum era a experiência de que suas deliberações intersubjetivas não provocariam consequências no exercício político do poder, pois aqueles que participavam destes espaços não tinham influência legítima sobre o poder do Estado em questão. Apesar de já ter acontecido a Revolução Francesa e anunciados os Direitos Humanos, produzindo um estatuto jurídico de igualdade, sabia-se que não era possível fazer com que os interesses de um público que não participava se transformarem em vontade e serem respeitadas como de igual importância. Naquele espaço cedido pela burguesia como um lugar de formação de debate público para o crescimento do poder dos parlamentos nacionais e o processo de centralização e fortalecimento das autoridades administrativas, cresceu em muito o número de tarefas a serem realizadas pelo Estado. Assim, a evolução do Estado democrático de direito foi marcada também pela condução política, por meio de intervenção, na qual alguns países interviram de forma mais ou menos enérgica na esfera econômica e na infraestrutura social, tentando equilibrar os interesses do mercado que visava somente o lucro, e as intervenções compensatórias para cobrir as necessidades da população ou realizando campanhas de colonização (HONNETH, 2015).

Os Estados, segundo a ideia institucionalizada, deveriam abrigar todos os cidadãos nos processos de formação da vontade democrática, mas sempre se embasaram em acordos mediados pelo parlamento entre as elites econômicas, os partidos burgueses e o governo. Nisso, as burocracias e seus funcionários, cada vez mais alienados dos aparatos estatais e das ideias de igualdade democrática, se aproveitaram dessas posições para consolidar as posições de poder e a classe de origem, a burguesia. Inclusive, semelhante ao aparato administrativo, a Justiça, desde o princípio considerada uma instância neutra, foi dominada pela classe burguesa. Honneth, nesse ponto da reconstrução normativa da liberdade social na Esfera do Estado, diz que o discurso da justiça de classes reflete até hoje “[...]as *experiências das classes despossuídas, que no final do século XIX e início do século XX, mostraram-se impotentes diante de um sistema judicial motivado por preconceito, hostilidade e um interesse de dominação [...]*” (p. 601). Disso resultou que, no decorrer do século XX, o Estado ainda não havia se desprendido de suas origens históricas situadas no movimento emancipatório burguês que lutava pelo assentimento de seu

poder político. Por muito tempo o exercício legítimo do Estado esteve atrelado à condição da formação da vontade democrática entre os cidadãos selecionados – homens assalariados e mulheres estiveram, por muito tempo, excluídos da possibilidade da autolegislação deliberativa. A formação de um “nós” na sociedade democrática moderna foi construída pela exclusão de muitos desse processo, por critérios mais ou menos justificáveis publicamente (HONNETH, 2015).

Nesse mesmo período, o sistema de dominação política se modificou sob o ponto de vista organizacional. Os órgãos governamentais passaram a ser separados entre si, mas ainda com relação entre eles, e admitindo que partidos políticos se constituíssem como órgãos intermediários da formação da vontade. Quando, no final do século XX, o movimento operário fez pressão para que as medidas de bem-estar social oferecessem alguma materialidade aos direitos civis existentes, o direito ao voto estava se generalizando a partir das lutas por demandas jurídicas não resolvidas, mesmo que ainda cerceado (HONNETH, 2015).

Foi nessa conjuntura que o direito à igualdade dos trabalhadores e das mulheres foi conquistado, pelo menos enquanto status jurídico, a partir de processos que se estabeleciam em espaços públicos de convencimento que se perpetraram na esfera pública e fizeram com que parcela significativa da sociedade tivesse que acatar essa demanda jurídica (SOUZA, 2017). Nesse momento, testemunhou-se uma modificação estrutural da esfera pública: a ampliação do entendimento do que é público por sujeitos que fizeram pressão por dentro de espaços públicos, agora assumidos em pertença como seus e que sempre haviam sido alijados desses processos (SOUZA, 2017).

Mas o que surgiu como um novo desafio para o Estado de direito, mesmo perante a igualdade de direitos entre os cidadãos, foram as graves discriminações contra setores da população que impediam a aplicação justa e equitativa das leis, fruto do não estabelecimento das atitudes democráticas na burocracia do governo. Isto porque [...] *entre os princípios de legitimação do Estado de direito e sua realização política se abria não apenas o abismo das demandas jurídicas não contempladas, mas também o das atitudes e costumes institucionais (democráticos) que ainda não haviam vingado.* [...] (HONNETH, 600). Disso emerge a constatação de que é falsa a compreensão de que o Estado democrático de direito tenha como centro de sua atenção normativa os requisitos jurídicos de função de uma formação de vontade

deliberativa pública e do exercício do poder democraticamente legitimado. Em vez disso, para a compreensão de sua real capacidade de funcionamento

[...] é necessária uma consideração dos componentes não jurídicos, como costumes e estilos de comportamento, para não se perder de vista que nos órgãos executivos do Estado – polícia, justiça, burocracia e mesmo forças armadas -, os princípios da igualdade de direitos podem ser praticados da maneira mais ou menos adequada, seja de maneira democrática, seja de maneira autoritária. (HONNETH, 2015, p. 601).

A necessária harmonização entre as obrigações do Estado, em razão do Estado de bem-estar social, com as crescentes necessidades de segurança para as condições de lucro das empresas capitalistas, fez com que se criassem mecanismos que não utilizavam os espaços públicos institucionalizados para os ajustes entre o governo, as representações sindicais e as empresas. Esse novo sistema de direcionamento estatal pressupunha a satisfação da garantia do Estado de bem-estar e as condições de acumulação capitalista, mas de modo que ambas as partes renunciavam ao seu potencial de obstruir interesses. Com isso, reduziu-se a possibilidade de instabilidade do poder do Estado, nos quais ou a população ficaria insatisfeita e questionaria a legitimidade do Estado, ou as empresas iriam de alguma forma retirar seu apoio ao Estado (HONNETH, 2015).

A partir do final da década de 1980, essa parceria começou a mudar em virtude do desequilíbrio causado pelos lucros decrescentes, fazendo com que o Estado optasse por uma redução das medidas de bem-estar social, e “[...] *à luz do consenso básico até aquela época foi considerado como um fracasso do Estado* [...]”. Essa tensão entre o ordenamento econômico capitalista e o Estado democrático de direito [...] “*se manifesta menos em protestos políticos do que em atmosferas opressivas que se denominam como desencanto com a política*’ [...]” (HONNETH, 2017, p.622). Houve a privatização do Estado pelo capitalismo organizado e a acelerada concentração de capital (SOUZA, 2017). Assim, emergiu a desconfiança generalizada de que, por detrás de toda a decisão democrática havia algum tipo de interesse voltado para acordos informais, havendo um desinteresse e distanciamento público de toda a política mediada pelo Estado, não como uma apatia, mas como desconfiança vivenciada em experiências concretas do uso do espaço público (HONNETH, 2015).

Na conjuntura atual, vivencia-se a falsa certeza de que uma figura apresentada pela mídia como um chefe de governo teria condições de tomar todas as decisões, com base em suas convicções, em caso de situações difíceis. Essa prática paternalista faz com que as decisões sejam retiradas do âmbito legislativo, suspendendo processos democráticos, pois, sabidamente, as associações financeiras estão muito próximas do governo. Os partidos políticos, inicialmente idealizados como órgãos associativos para contribuir para a formação da vontade pública por meio da exposição argumentativa de suas convicções, se transformaram em amplas associações burocráticas que, em uma perspectiva mais pessimista, visam recrutar pessoal para cargos políticos (HONNETH, 2015). Essas ações, nas quais são postos à frente interesses privados, deixam vazio um espaço que deveria ser ocupado por um público mais amplo e com interesses que venham a beneficiar o coletivo de forma mais solidária e sustentável, inclusive para as gerações futuras. Assim, é urgente a necessidade de um agir político que transcenda o Estado do presente, que ultrapasse o cenário político de hoje, no sentido de que se o mundo deve conter um espaço público, não pode ser construído apenas para uma geração e planejado somente para os que estão vivos: deve transcender a duração da vida de homens mortais (ARENDRT, 2017).

Indo mais adiante, Honneth (2015) diz que há um crescente desacoplamento entre o sistema político e a formação da vontade democrática. E por detrás do que se denomina, hoje, de desencanto com a política há uma formação reativa distinta e de conteúdo bem maior em que “[...] *prevalece, em amplos setores da vida público-política, a suspeita de que órgãos estatais não estão comprometidos com o princípio da máxima neutralidade, como demandaria a constituição democrática*” (592). Isso gera como efeito o fato de os cidadãos se afastarem das arenas oficiais de formação de vontade política, [...] *nem pela privatização, nem pelo desinteresse, mas pelo discernimento de que a liberdade social da autolegislação democrática não se prolonga nos órgãos do Estado de direito previstos para este fim*”. (HONNETH, 2015, p. 592).

2.2 A Luta pela ocupação do espaço público democrático no Brasil

O regime democrático ideal, ou que se aproxima das demandas atuais, é aquele que, com gestos democráticos, luta contra a apropriação e a monopolização do poder (CAILLÉ, 2008). Mesmo que a minha geração de cidadãos não tenha vivenciado, de forma ampla esses gestos, vislumbro que o Estado que age e se manifesta em prol de minorias políticas, e que faz com que aqueles que têm condições mais robustas para monopolizar o espaço público em prol de seus interesses convivam com esse assentimento de direitos, é um Estado democrático.

“A democracia é, inicialmente, este tipo de regime político e social no qual a aspiração à manifestação de si e o conflito entre os humanos não são renegados, suprimidos ou confiscados por uma autoridade espiritual, por um grupo de guerreiros ou proprietários, mas reconhecidos legítimos e colocados, ao contrário, como constitutivos da comunidade política, e manejados de maneira a permitir que todos participem da determinação histórica coletiva com o maior respeito possível à singularidade das histórias individuais, impedindo os mais poderosos de cair na ilimitação.

Assim definida, a democracia só pode perdurar sob a forma de um duplo equilíbrio, precário, perpetuamente ameaçado, entre unidade da comunidade e pluralismo, de uma parte, e universalização do poder de agir e luta contra a ilimitação, de outra. (CAILLÉ, 2008, p. 25).

Mas entre esse ideal de democracia e a conformação do Estado moderno, sabe-se que o Estado evoluiu como um processo contínuo de crescimento de poder fragilmente legitimado. O seu papel e significado se modificaram ao longo do tempo, e agora não são mais indicadores de uma tendência intrínseca de aumento de poder, mas de uso ilegítimo de uma autoridade simplesmente tomada de empréstimo por coerção ligada a interesses privados. Desse modo, é de maneira incompleta e seletiva que o Estado de direito pode exercer a função que lhe incumbe de proteger e ampliar uma esfera pública de formação da vontade democrática. A seletividade com que o Estado lida com a vida pública faz com que se torne um órgão de cumprimento de interesses particulares na sociedade (HONNETH, 2015).

[...] os Estados democráticos de direito deviam poder se entender como órgãos políticos que, segundo procedimentos universalmente aceitos, transformavam os resultados da formação da vontade pública em resoluções concretas, tornando-as logo como diretrizes de toda a resolução de problemas: mas, em princípio, nem na legislação, nem nas medidas políticas devem prevalecer as orientações de valor concretas de um grupo particular, em vez disso, o Estado deveria se comportar da maneira mais apartidária e neutra possível perante todas as concepções de bem, ao menos enquanto estas fossem controversas para a própria população. (HONNETH, 2015, p. 612).

A democracia, mesmo que institucionalizada e seletiva, é uma conquista para os povos da América Latina, que de forma mais tardia que a Europa, viu o Estado de direito substituir o comando dos militares e dos coronéis, que, apesar de exercerem ainda hoje influência política, têm suas ações muito mais delineadas do que há duas décadas (MATOS, 2008). É importante demarcar que, como diz Eduardo Galeano (2017), “*o atraso e a miséria da América Latina não são outra coisa senão o resultado de seu fracasso. Perdemos; outros ganharam. Mas aqueles que ganharam só puderam ganhar porque perdemos: a história do subdesenvolvimento da América Latina integra a história de desenvolvimento do capitalismo mundial*” (p.18). O autor também fala que o modo de produção, a exploração da força de trabalho, a terra e seus frutos foram determinados por alguma metrópole do exterior, inicialmente da Europa, posteriormente da América do Norte. Do contrário, quem sabe ter-se-ia uma descrição na temporalidade com que Honneth faz sua reconstrução normativa da formação de espaços de formação da vontade pública na Europa, como descrevi anteriormente, também para demonstrar que não somos inocentes ou atrasados em relação a construção de uma sociedade democrática, mas como Jessé Souza instiga a pensar, somos ludibriados por uma elite do atraso.

O Brasil, recém-saído de um regime militar, no final dos anos de 1980 viu ampliado o processo de mobilização da sociedade civil, o que propiciou a Constituição Cidadã de 1988, estabelecendo a saúde como um dos direitos a serem usufruídos pelos cidadãos. Nesse período, consolidou-se um movimento crescente de participação política de defesa da cidadania: de um lado motivado pela defesa de bandeiras coletivas de caráter econômico e social — reforma agrária e inclusão social — e, de outro, uma crítica contra a violência e pelo respeito às singularidades dos mais diversos segmentos sociais (MATOS, 2008).

Esses movimentos eram indicativos de que o País havia evoluído e muito no grau de consciência social e de organização política. É incontestável o quanto esses movimentos se refletiram na crescente tendência de proteção dos direitos de acesso das massas excluídas aos serviços sociais básicos (MATOS, 2008), pois, de alguma forma, os espaços institucionalizados da democracia eram permeáveis a essa formação de opinião pública, o suficiente para que se transformasse em vontade pública.

Os espaços institucionais de participação política, entre os quais os conselhos, as conferências e o orçamento participativo, instituídos nos diferentes setores, fez com

que se ampliasse o status da sociedade civil e que uma nova lógica de cidadania fosse introduzida no espaço público (MATOS, 2008). Evidentemente, a democracia brasileira, desenvolvida em tempos e processos singulares, tem demonstrado grandes limitações para construir formas de coibir a exclusão social e garantir um processo democrático mais representativo das camadas sociais historicamente excluídas, e exercer um controle social mais efetivo sobre a administração pública (MATOS, 2008).

A democracia, e também a cidadania, não são consequências imediatas da existência de instituições formais que venham a proclamar a igualdade entre os cidadãos e regular o Estado em seu exercício e acesso ao poder. No Brasil, assim como Honneth (2015) mostrou em relação a Europa, há o descrédito da sociedade nas instituições do Estado como capazes de executar os preceitos morais e da justiça social. Especialmente, porque temos a consciência adquirida a partir dos fatos históricos e da vivência cotidiana enquanto indivíduos que compartilham o status de cidadania de que há nesses aparatos formas de seletividade. Há uma descrença nas instituições do Estado por parte dos indivíduos e na própria capacidade de organização e articulação como força política para se posicionar em defesa de seus interesses coletivos (MATOS, 2008) e, nas palavras de Honneth, de formar daí uma vontade pública que se faça valer no espaço democrático. Ainda se vivencia a realidade de que aqueles com mais condições materiais têm mais possibilidade de defender seus interesses, como acontece na judicialização da saúde, por exemplo.

Apesar de toda a repressão, a maioria das massas, no Brasil, não conseguiu se organizar, vivenciando, hoje, uma crise da vida comunitária. Mesmo que os partidos políticos tenham, por meio dos sindicatos, ampliado a capacidade de participação de grandes coletivos, isso ocorreu, em boa medida, pela via do trabalho. Atualmente, as novas relações de trabalho e os grandes contingentes de desempregados fazem com que a organização política da sociedade civil e a própria democracia enfraqueçam, pois a capacidade de resistência da classe trabalhadora está debilitada. Quem toma as rédeas das instituições do Estado e da sociedade civil são as elites políticas (MATOS, 2008) que, historicamente, se conformaram na burguesia escravocrata brasileira (SOUZA, 2017). Enquanto isso, a grande maioria de cidadãos permanece passivamente excluída dos processos políticos. Outrossim, a democracia deveria se assentar nos modos com que os coletivos se constituem em dispositivos para garantir a efetividade de direitos universais na vida cotidiana de cada cidadão (MATOS, 2008).

As pessoas têm o discernimento de que não são iguais perante a Lei, percebendo a

“incapacidade do Estado para garantir a segurança pública e proteger a população da crescente violência urbana, as dificuldades de acesso à justiça, as desigualdades de renda e a falta de acesso aos serviços de qualidade em educação e saúde terminam por representar uma verdadeira segregação social onde os mais ricos têm mais direitos do que os mais pobres perante a Lei.” (MATTOS, 2008, p. 77).

Ainda, considerando a importância para a democracia da mídia e da indústria cultural em promover conhecimento que emancipa e transforma os indivíduos, Souza (2017) diz que, no Brasil, o público foi deixado indefeso e se transformou em presa fácil para a manipulação política. Assim, a privatização do público não é o maior problema entre os brasileiros, mas a privatização da opinião pública como um efeito da colonização do espaço público pelo interesse econômico. A classe média, em atitude servil diante dos interesses da elite “endinheirada”, ocupa, de forma colonizada, a esfera pública e deixa as classes populares para a polícia truculenta, de modo que o domínio das classes populares “baseia-se na repressão e na violência material” (SOUZA, 2017, p. 115), o que gera sofrimento e indeterminação para boa parcela da população.

Como que indo de encontro ao cenário apresentado nesta seção, a saúde se conformou como um direito a ser atendido pelo Estado, por meio da Reforma Sanitária. O campo da saúde se constituiu em espaço público tocado pela democracia e, por conseguinte, sofre até hoje das mesmas patologias dessa mesma democracia que o conformou: a seletividade e os interesses de mercado que intervêm no maior ou menor assentimento de mecanismos que facilitam o acesso a esse direito. Mas interessa, aqui, depois de refletir sobre como se conforma o “nós” que participa da esfera pública e os mecanismos que provocam os cidadãos a se afastarem dos espaços de formação de vontade pública, surge a ideia de Lopes, Henriques e Pinheiro (2009) de que os serviços de saúde podem ser arenas para a conformação de um espaço público. Como eles nos instigam a refletir, os serviços de saúde são uma possibilidade para a efetivação da responsabilidade dos sujeitos para com a participação na esfera pública, por meio do trabalho em saúde (LOPES; HENRIQUES; PINHEIRO, 2009). Nas palavras de Axel Honneth (2015, 2014), o compromisso público, necessário para a conformação de solidariedade entre os cidadãos, no sentido de reconhecerem o que tem em comum, vem de impulsos motivacionais que

movem as pessoas a assumirem responsabilidades sociais, como a participação na esfera pública. De forma bastante resumida, descrevo algumas dessas motivações que ocorreram a partir de conflitos sociais na conjuntura política brasileira que deu abertura para que se construísse o Sistema Único de Saúde (SUS), na condição de um direito a ser usufruído pelos cidadãos brasileiros em um contexto democrático.

3. O SISTEMA PÚBLICO DE SAÚDE COMO UMA CONQUISTA DA DEMOCRACIA E A SAÚDE COMO EXERCÍCIO DA CIDADANIA

Neste capítulo aponto algumas considerações e conceitos importantes para compreender o modo com que o Sistema Único de Saúde (SUS) vem se assentando enquanto um arranjo organizacional de Estado, no Brasil, que se presta fundamentalmente para garantir direitos aos indivíduos que se constituem cidadãos. Nesse contexto, é interessante citar o processo de concepção e formalização do SUS enquanto resultado da mobilização social que aconteceu em um momento político-institucional de redefinições no âmbito da proteção social na América Latina — a Reforma Sanitária.

3.1 A Reforma Sanitária como uma legitimação da democracia

O movimento da Reforma Sanitária inseriu a saúde na agenda pública como um direito social básico para as condições de cidadania (MAGALHÃES JUNIOR, 2014; COSTA; NEVES, 2013; BAPTISTA; MACHADO; LIMA, 2009), e o slogan “saúde é democracia” anunciava o direito à saúde e as condições das quais não se poderia abrir mão (CECCIM, FERLA, 2008). Foi na década de 1980 que a população brasileira teve a saúde assegurada como um direito. Desde então, a esfera jurídica garante a igualdade dos cidadãos no que concerne ao acesso aos serviços (ANDRADE; SANTOS; RIBEIRO, 2013; MAGALHÃES JUNIOR, 2014). Essa foi uma conquista da sociedade civil em um momento em que o contexto internacional apontava para a progressiva redução da participação/interferência do Estado na saúde (MATTOS, 2001).

O SUS é par da democracia brasileira. O papel do Estado na condução das políticas públicas de saúde sofreu mudanças importantes em relação a sua função de

prover assistência universal, amalgamando seu projeto de produção de saúde ao modelo de desenvolvimento de uma sociedade mais justa. Com o engajamento dos movimentos sociais pela democratização do País, nas arenas públicas o projeto de Reforma Sanitária nasceu articulando uma frente de resistência à ditadura e a privatização dos serviços de saúde da Previdência Social e pela construção de um Estado Democrático. Esse foi o lastro para a construção de políticas públicas e a base de um Estado de bem-estar social também ocorreram mudanças em relação à proposição de canais de participação social, que passaram a compor as arenas decisórias e propositivas das políticas de saúde (LOTTA; VAZ, 2015; COSTA; NEVES, 2013; FLEURY, 2009).

A saúde, a previdência e a assistência social — integrantes da seguridade social — indicam que há direitos sociais que são universais e que fazem parte da condição de cidadania, e usufruir desses direitos faz dos indivíduos, sim, cidadãos (FLEURY, 2009). Então, operacionalmente, no final da década de 1980 e início dos anos 1990, os serviços dos mais diferentes segmentos se aglutinaram nesse único sistema, e o acesso de caráter igualitário aos serviços de saúde foi propiciado a todos os estratos da população, independente de classe social ou contribuição sindical. Sob a perspectiva da gestão pública, essa expansão não seguiu nenhum sistema de planejamento e organização, e daí nasceu o SUS, com baixa capacidade gestora e distante da concepção articulada e integrada dos serviços de saúde que um sistema dessa magnitude demandaria em seus primórdios (MAGALHÃES JUNIOR, 2014). Entendo que as dimensões do SUS dentro de um contexto político, econômico e social, em que a população se despedia das amarras da ditadura militar para experimentar direitos constitucionais democráticos, não poderiam esperar por outras medidas ou métodos de gestão pública que, possivelmente, também teriam falhas. Além do mais, o SUS é uma conquista inegável, que deveria e poderia ser defendida com mais esmero e zelo pela sociedade civil, pois é uma iniciativa inédita no sentido de formalizar, na Constituição, a saúde como um direito inequívoco. Desta forma, entendo que menos de três décadas de experiência com o SUS ainda dizem pouco sobre os efeitos dos interesses que perpassam as Políticas Públicas inscritas nesse sistema.

A construção e defesa do SUS têm como pano de fundo os ideais sanitaristas, nos quais a saúde é de interesse da sociedade como um todo e o Estado tem a obrigação de proteger e assegurá-la a todos os seus membros. Para traduzir no

cotidiano o direito à saúde é necessário compreender que as condições sociais e econômicas têm impacto crucial sobre o processo de produção de saúde e doença. Nesse sentido, os fatores que intervêm no adoecimento e produção de saúde devem ser estudadas pela academia não somente em seus aspectos biológicos. E as medidas a serem tomadas na proteção da saúde precisam ocorrer mais no âmbito social do que no das biociências (NUNES, 2009).

A Reforma Sanitária, impulsionada pelo processo de redemocratização, trouxe à tona demandas sociais antes reprimidas, explicitando a necessidade de o Estado aprofundar suas relações com a sociedade, aprimorar os modelos de provimento e gestão dos serviços públicos e também a eficiência no uso dos recursos. A partir da concepção de que o SUS é um arranjo organizacional complexo, com muitas interdependências no que concerne a sua implementação prática, é possível analisar iniciativas que apontam para um movimento de mudança no formato de gestão voltado à intersectorialidade, transversalização e organização sistêmica (LOTTA; VAZ, 2015). Essas iniciativas, infelizmente, não podem esconder a realidade de que, em sua estrutura macro-organizacional, os elementos da administração pública contemporânea, entre os quais a descentralização, a regionalização e a cooperação interfederativa ainda coabitam com a administração pública que não acompanhou as modificações das demandas da organização jurídico-administrativa (ANDRADE; SANTOS; RIBEIRO, 2013). Além disso, os mesmos autores citados apontam para a questão de que as políticas de saúde, no Brasil, acompanharam mais o desenvolvimento econômico-social do que os avanços da medicina, e os produtos do desenvolvimento tecnológico dessa área, como os tratamentos de alto custo, constituíram-se em mercadoria de alto valor econômico (ANDRADE; SANTOS; RIBEIRO, 2013). A tecnologia de alto custo, que detém íntima relação com a superespecialização, apesar da universalização do acesso, é inacessível ao cidadão comum, considerando-se que o mercado regula sua disponibilização para o SUS, por meio de sistemas, como o de financiamento e oferta desses serviços pelos profissionais que dominam essas *expertises*.

A constituição do SUS está atrelada ao papel do Estado frente à lógica neoliberal, em que a saúde é um bem de interesse para o mercado. Amélia Cohn (2009) partilha uma análise relevante para se pensar sobre isso, perante a crise do Estado em relação à sua legitimidade, que está amalgamada com políticas de restrição orçamentária, e a questão central é o papel que o Estado exerce frente à

dinâmica dessas políticas. Como implicação desse processo, a gestão em saúde é confundida com gerência, de maneira que o conteúdo social se subjeta à política dos técnicos. “*O Estado tem que tomar a dianteira e o domínio do processo*”, e além de gerenciar recursos deveria ser a âncora para a garantia de direitos do cidadão (COHN, 2009, p.43).

A saúde é um dos direitos de cidadania (MATTOS, 2006), portanto, é o *status* oferecido àqueles considerados membros de uma comunidade, de maneira a serem iguais quanto aos seus direitos e obrigações circunscritos a esse *status* (MARSHALL, 1967). Na direção da conceitualização de Marshall, uma interessante reflexão para se pensar sobre a universalidade e a equidade da oferta de serviços, como ocorreu com o advento do SUS, é o fato de que, ao se desejar que os indivíduos sejam vistos como usuários-cidadãos, inicialmente é necessário atribuir-lhes o *status* de cidadania em função de serem cidadãos. Nesse sentido, a igualdade de *status* é mais importante do que a igualdade de renda, pois a própria ampliação de serviços sociais não é um meio de igualar a renda, mas eliminar privilégios hereditários e equalizar oportunidades (MARSHALL, 1964). Por outro lado, a doação de direitos não garante que os indivíduos se tornem cidadãos, no sentido de que ser cidadão implica participação na coisa pública. Isso tem sido solapado pela ilusória percepção de que, com vida moderna ter-se-ia ganhado o direito fundamental dos indivíduos de desinteressar-se da existência coletiva em detrimento da vida privada (CHANIAL, 2004).

Mais adiante, a partir das contribuições de Honneth e Anderson (2011), exponho essa percepção associada à compreensão de que o Estado Liberal tenta inculcar nas pessoas essa ideia, como se isso fosse uma normatividade a ser buscada a fim de alcançar autonomia. Godbout (2008), ao refletir sobre a representação e representatividade no regime democrático (que assegura o *status* de cidadania – Martins (2004)), diz que, historicamente, a forma de governar, nesse regime, se justificou pelo fato de que os cidadãos estariam ocupados em produzir e consumir, de forma a dispensá-los do envolvimento com questões públicas. Assim, de certa maneira, colocou os cidadãos à margem de processos de formação de vontade em esferas públicas.

3.2 A cidadania pela via da saúde

A garantia do direito à saúde, na perspectiva de Paulo Henrique Martins (2009), inicialmente pensada como a universalização dos bens e serviços de saúde, está atrelada a uma dimensão mais ampla da própria organização democrática em sociedade, que tem a ver com a descentralização e territorialização das ações estatais. A efetivação desse direito tem, nesse processo, a abertura para debates que não se esgotam e, por sua vez, abrem espaços para novas concepções e epistemologias que podem indicar caminhos a serem trilhados para que se possa enfrentar desafios que são caros aos cidadãos. Esses desafios remetem à dicotomia entre os direitos garantidos formalmente e os conflitos implícitos à sua efetivação no cotidiano das práticas sociais.

Assim, há que se ressaltar, de forma inequívoca, que o direito à saúde não se reduz à prestação e ao acesso de bens e serviços, o que vem ao encontro dos ideais da Reforma Sanitária que exigia a saúde como um direito de cidadania, como algo bem mais amplo (MACHADO, 2011). A compreensão de que a aproximação das ações do Estado tem relação íntima com a maior ou menor possibilidade de garantir as vontades construídas em espaços públicos, como foi o caso da saúde, leva a crer que esses processos são a implicação do entendimento que se detém sobre quais são os indicadores e critérios mais adequados para atender a especificidades locais. Assim, parece evidente que a capacidade de organização do Sistema de Saúde não deveria ser definida *a priori* pela leitura dos planejadores. Nesse ponto, pode-se considerar que, entre o plano estatal e a sociedade civil impera a dinâmica das instituições sobrepondo-se à dinâmica das redes sociais, compondo assim um entendimento instrumental daqueles que estão implicados nesse processo, como os usuários e os próprios profissionais (MARTINS, 2009).

Considerando-se a saúde um direito de cidadania, o incremento da administração privada no SUS é um atentado em nome de retrocessos e subfinanciamento do que é público e a fragmentação de um Sistema que deve ser único e universal (MIRANDA, 2015). Esse processo fragiliza o entendimento de que a saúde é um direito de cidadania conquistado pelo coletivo e que deve, portanto, ser defendido e administrado pelo público. Além dos atravessamentos que estão inscritos na relação entre o Estado e o indivíduo, existem interferências que ocorrem a partir de outros planos, mas que geram injustiças no campo da saúde. Particularmente, ao se analisar Leis Complementares e normativas tem-se a impressão de que as injustiças no campo da saúde se conformam e ganham mais consistência com o

passar dos anos no Brasil¹, o que solapa, de forma inequívoca, o direito à vida e à dignidade da população brasileira. Parece que a marginalização dos indivíduos, no que se refere ao acesso aos serviços de saúde, é perpetuada desde a colonização do País. E o que pode ser mais injusto ainda é a dependência da medicina de mercado que faz da saúde uma mercadoria e das pessoas os clientes, destituindo do cidadão o entendimento de que a saúde é um bem público e deveria andar lado a lado com as estratégias de desenvolvimento social do País. Nos últimos anos isso tem tomado o formato de desmonte do Sistema de Saúde, pressionando o sistema público à conversão dos direitos sociais à lógica do mercado (MOROSINI, FONSECA, 2017).

Esses retrocessos podem ser uma consequência do que Magalhães Junior (2014) sistematiza como a fragmentação hegemônica do sistema de saúde, em que há o impedimento concreto de que ele consiga atender seus princípios de universalidade, integralidade e participação popular. Como aponta Machado (2011, p.98), a busca pela garantia do direito à saúde “*não se restringe à garantia dos direitos já assegurados, mas também, e principalmente, como a possibilidade de construção de novos direitos, tendo em vista a complexidade e a diversidade das demandas*” apresentadas por diferentes segmentos da população. Essa afirmação ultrapassa, de forma radical, os limites de ações pontuais e evoca a necessidade de repensar as respostas governamentais para a supressão das desigualdades sociais no Brasil, e mais uma vez o direito à saúde se revela condição essencial para o exercício de outros direitos sociais, uma característica indispensável para o exercício da cidadania (MACHADO, 2011).

Sob a perspectiva normativa, o Sistema de Saúde é pensado a partir da materialidade dos serviços. É sabido que há um hiato importante entre a formatação da oferta de atenção em saúde e as relações sociais, que podem ser entendidas aqui como o cotidiano das pessoas. As redes formais são definidas por meio de portarias que privilegiam aspectos financeiros, interesses políticos e posicionamentos

¹Aqui me refiro ao triste abalo que tivemos em janeiro de 2015, por meio da Lei nº 13.097, que abre para o capital estrangeiro a oferta de serviços à saúde. Mesmo que, desde de 1998, com a Lei dos Planos de Saúde, a saúde já estivesse parcialmente aberta a investidores internacionais, por serem os acionistas das empresas de Planos de Saúde (SCHEFFER, 2015). Isto é motivo de profunda preocupação por parte do Movimento da Reforma Sanitária em relação à saúde como um direito, pois o capital estrangeiro tem interesses que estão distantes ou divergem do SUS (ABRASCO, 2015). Uma estratégia do Estado Neoliberal em se encolher ao nível mínimo, deixando em mãos privadas, filantrópicas ou voluntárias um dos direitos de cidadania (LUZ, 2009).

ideológicos que definem normas relacionadas à capacidade física, lotação, procedimentos e atividades relacionadas à assistência em saúde (TAVARES; ROCHA, 2015), ou seja, balizam como será colocada em prática a atenção em saúde sob o ponto de vista normativo. Essa interpretação tem um lado perverso, que é transformar os profissionais em colaboradores, que deixam de ser trabalhadores, e os usuários em clientes, destituindo desses atores seu *status* de cidadão, que ocupam o mesmo espaço público quando estão em interação.

O debate em torno da organização normativa dos serviços de saúde dentro do campo das Políticas Públicas de Saúde parece não abrir espaço para a análise e a incorporação de exames que possam mostrar perspectivas que se desloquem para além da distribuição de serviços de saúde em dado espaço. O espaço-território, muito mais do que um recorte administrativo, é onde interagem a população e os serviços de saúde. A caracterização e identificação de um território é um passo básico para consolidar ações, enfrentar problemas de saúde e atender as necessidades da população de forma mais adequada (MONKEN et al., 2008).

Para Milton Santos, o espaço é *“definido como um conjunto indissociável de sistemas de objetos e de sistemas de ações”* (SANTOS, 2006, p.12). E segundo Lopes (2012), é um equilíbrio da relação entre objetos/coisas espacialmente distribuídas, da relação entre os objetos e suas funções nas práticas sociais. Há, portanto, uma dimensão relacional no conceito de espaço, e Santos (2006) discute a inseparabilidade entre os sistemas de objetos e os sistemas de ações, pois *“a ação não se dá sem que haja um objeto; e, quando exercida, acaba por se redefinir como ação e por redefinir o objeto”* (SANTOS, 2006, p. 61). Esse autor reconhece que a partir da noção de espaço é possível visualizar categorias internas, dentre as quais: a paisagem, a configuração territorial, a divisão territorial do trabalho, o espaço produzido ou produtivo, as rugosidades e as formas-conteúdo (SANTOS, 2006). Portanto, *“o espaço é a síntese, sempre provisória, entre o conteúdo social e as formas espaciais”* (SANTOS, 2006, p. 71). O espaço em relação à sua existência é uma forma-conteúdo, que não tem existência empírica se for considerado separadamente de seu conteúdo e, por conseguinte, o conteúdo não existiria sem a forma que o abrigou (SANTOS, 2006).

Ainda, o território pode ser pensado como o reflexo de processos mais amplos que ocorrem na sociedade. Nessa linha, as considerações de Milton Santos são profícuas no sentido de oferecer subsídios para se pensar sobre o território e suas

relações entre o local e o global da vida em sociedade. O território é onde o indivíduo manifesta sua existência, é mais do que o conjunto de sistemas naturais e de coisas superpostas; o entendimento de território deve incorporar o conceito de “*território usado, não o território em si*” (Santos, 1999, p. 8). O território pode ser entendido como o espaço vivido, aquilo que envolve o trabalho, o lugar da residência, as trocas materiais e imateriais, é o espaço físico da sociedade, com área e leis definidas e geradas devido às ações da mesma (SANTOS, 1999).

Por outro lado, é importante considerar que esse movimento não é fácil para as diferentes disciplinas do conhecimento, especialmente para aquelas do campo da saúde, para as quais é de difícil compreensão o fato de que as pessoas são muito mais do que o corpo biológico, que elas vivem tanto de afetos e de signos quanto de elementos materiais. Desse modo, é um desafio fazê-las incorporar em suas práticas a concepção de que cada indivíduo está inserido em redes, estruturas e formas de pensamento que orientam seus modos de estar no mundo (RAYNAUT, 2006). Para as pessoas, a forma de entender, representar e enfrentar a doença decorre de um constante movimento, ou articulação entre dicotomias, em que o biológico e o social, o individual e o coletivo, o objetivo e o subjetivo se realimentam reciprocamente, sendo balizada pelos diferentes contextos nos quais as pessoas se inserem e pela sua capacidade de (re)ação (GERHARDT, 2009).

A organização funcionalista da atenção em saúde no SUS, pensada como a distribuição espacial dos serviços, não garante a saúde como um direito de cidadania. Nesse sentido, o acesso aos serviços de saúde é mais do que sua utilização. O usuário, na condição de indivíduo autônomo, e o profissional em contato com ele — encontro recíproco com o outro — ativam relações que vão além da prestação unilateral de serviços (ABRUNHOSA; BORGES; MACHADO, 2011). Esse movimento, nas palavras dos autores citados, conforma o que denominam de acessibilidade, algo que se circunscreve como “*um espaço de negociação que envolva ativamente todos os compromissados com a relação de cuidado*” (p.13).

Esse debate é altamente relevante para o exercício ou o alcance da cidadania pela via da saúde, considerando-se que o acesso a bens e serviços no campo da saúde pode ser olhado pela perspectiva do direito do consumidor, o que remete a um debate sobre o mercado. Mas o que isso tem a ver com a saúde como um direito de cidadania? Tudo, pois isso, além de transformar o SUS em um plano de saúde, o mercado ocupa o espaço público e retira a saúde do cidadão do rol de direitos difusos

e coletivos à medida que individualiza os interesses e o reduz a ações pontuais (MACHADO, 2011). Isso gera toda a sorte de exclusão, pois implica na concepção do direito à saúde como algo que deve ser buscado individualmente e na finitude dos recursos que devem ser garantidos para quem os busca, deixando outra parcela da população excluída dessa possibilidade de acesso (MACHADO, 2011).

O acesso aos serviços de saúde precisa ser pensado de forma mais ampla, como o conceito de acessibilidade que remete ao acesso a bens e serviços, mas também ao cuidado (LOFEGO et al., 2009). Esse cuidado pode ser entendido como uma categoria analítica para interrogar os modos como são produzidas as ações de saúde e suas instituições, pois o cuidado é a razão de ser no campo da saúde (SILVA JUNIOR; ALVES; ALVES, 2010). Assim, a ação assistencial toma o caráter de cuidado quando o profissional vê nos indivíduos, além de objetos, sujeitos que detêm saberes, convicções e valores pessoais, considerando-os detentores legítimos daquilo que desejam como modo adequado de vida. Portanto, parece evidente que é necessário que aspectos técnicos sejam colocados em contato com aspectos não técnicos, que a prática das relações técnicas em saúde respeite seu intuito de praticar ações terapêuticas, e os encontros sejam sensíveis às necessidades em saúde dos sujeitos (AYRES, 2004).

Apesar do caráter eminentemente prático do conceito de cuidado, no sentido de se deter nos interesses imediatamente envolvidos, é importante considerar as relações existentes entre os interesses particulares e a formação de vontades que disputam, no espaço público, a organização política e institucional da atenção em saúde (AYRES, 2011). Isso coloca em jogo as relações entre profissionais e usuários como cidadãos implicados em processos que podem dar a esses encontros um caráter mais solidário e participativo no processo de ocupar o espaço público que pode se conformar nos serviços de saúde. Axel Honneth dá pistas desses substratos motivacionais para que isso aconteça, a partir da luta por reconhecimento, o que me detenho em fazer na próxima seção.

4. O RECONHECIMENTO COMO UMA DAS LENTES POSSÍVEIS À COMPREENSÃO MAIS ALARGADA DA CIDADANIA

Este capítulo é tecido a partir da inspiração acerca das possibilidades que se tem em exercer a cidadania pela via da saúde, usufruindo, defendendo e conquistando direitos, mas chamando a atenção para o que Honneth nomeia de gramática moral dos conflitos sociais, aquilo que visibiliza ou torna anônimo o sujeito no convívio em sociedade. A centralidade de temas que dizem respeito à construção de cotidianos e suas interfaces com a saúde tem recebido a atenção de pesquisadores do campo da saúde (LACERDA; MARTINS, 2013; MOREIRA; 2009; RUIZ; GERHARDT, 2013). Isto é de grande valia para a construção de formas de gestão pública mais assentada na realidade dos territórios e suas identidades, no sentido de que se vive, hoje, um hiato entre as políticas públicas e a vida social, denotando a necessidade de aprofundar os debates sobre temas que contribuam para a compreensão que se tem no campo da saúde acerca do alcance das ações em saúde para a vida dos sujeitos que nela se implicam.

No contexto democrático atual também é importante admitir a influência da complexidade da sociedade nos sistemas de planejamento e gestão das políticas públicas, enquanto sistemas simbólicos que se movimentam a partir de conflitos e contradições com base em lógicas diversas (MARTINS, 2009). Essas influências sugerem caminhos para mudanças e reconfigurações nas relações entre política, cultura e cotidiano (MARTINS, 2008, p.35). Assim, na primeira parte deste capítulo faço a reconstrução de Teoria do Reconhecimento a partir de Axel Honneth, e, na segunda, dos conflitos inerentes ao reconhecimento e algumas interfaces possíveis com a luta pela visibilidade pública.

4.1 A construção do conceito de Reconhecimento a partir da leitura de Axel Honneth

Relacionando o exposto acima com a tentativa de aproximar as formas institucionalizadas de ação social com esta pesquisa, a Teoria do Reconhecimento oferece importantes contribuições para analisar de que maneira os sujeitos (profissionais e usuários) atuam em busca do acesso aos serviços de saúde e visibilizar normas e valores que permeiam a ação dos envolvidos nas ações de mediação. Consideram-se, para isso, as três dimensões distintas de reconhecimento expostas por Axel Honneth, que, tomadas em conjunto, seriam imprescindíveis à

autonomia dos indivíduos na vida em sociedade: a) a do afeto, que gera autoconfiança; b) a das leis e direitos, que gera autorrespeito; c) a da estima social, que implica autoestima (HONNETH, 2003).

A escolha pela teoria do reconhecimento em Axel Honneth para estudar a problemática aqui proposta, diante de outras que poderiam ser utilizadas, provém, em boa medida, do otimismo que essa teoria inspira e da minha percepção de que não podemos nos construir e construir nossas relações com o outro e perante a sociedade sozinhos, somos sempre dependentes em igual medida de diferentes fatores que nos compõem como sujeitos. Além disso, sabe-se que a sociedade política não se resume a uma luta estritamente relativa a questões privadas, assim, pensar na política como arte de governar e ampliar a noção de governo para nela incluir os sujeitos políticos parece ser um desafio para refletir sobre a cidadania (FONTES, 2008).

Nesta seção, empenho-me a discorrer sobre a leitura que fiz sobre a Teoria do Reconhecimento e os princípios que conformam o horizonte de entendimento que utilizo neste texto. Para tanto, busco o que Honneth teoriza acerca dos padrões normativos do reconhecimento a partir da constituição da sociedade capitalista burguesa. Isto ocorreu, basicamente, a partir da leitura de duas obras do autor. A primeira, em que funda sua teoria, e a outra, na qual alguns elementos são apresentados de maneira mais explicativa: *Luta por reconhecimento: a gramática moral dos conflitos sociais* e *Redistribución como reconocimiento. Respuesta a Nancy Fraser. In: ¿Redistribución o reconocimiento? Un debate Político-Filosófico*. Também, tiveram importância minhas leituras iniciais do livro *Direito de Liberdade*, especialmente no que concerne à categoria “autonomia”.

Entendo que, no campo da saúde, a Teoria do Reconhecimento oferece subsídios para olhar os interstícios das relações entre os atores que colocam em prática as políticas públicas a partir de elementos que podem fomentar e também fragilizar a autonomia das pessoas. Marcos Nobre (2013) escreve que, em seus escritos Honneth privilegia muito mais a luta social originada de conflitos motivados por desrespeito social e de ataques à identidade pessoal ou coletiva do que a autoconservação e o acúmulo de poder. Para o mesmo autor, isto tem a potência de suscitar ações capazes de restaurar relações de reconhecimento mútuo e de impulsionar os sujeitos a lutarem em função de seu desenvolvimento. Seus escritos mais maduros indicam que essas lutas têm a perspectiva de propor a vida em

sociedade com possibilidades mais concretas de autorrealização individual em relação aos demais membros.

No Brasil, a teoria do reconhecimento, com base nas proposições de Axel Honneth, conta com importante discussão em diferentes campos do conhecimento, entretanto, a defasagem de livros traduzidos para o português é apontada como um dos motivos para que não seja utilizada de forma mais qualificada pela academia (SOBOTTKA, 2015). Em seu livro, intitulado “Luta por Reconhecimento”, Honneth utiliza o que foi escrito por Hegel para propor sua própria teoria, também em George Mead e Donald Winnicott. Emil Sobottka (2015) explica que foi nessa obra que o autor alicerçou as estruturas básicas da Teoria do Reconhecimento, explanando suas três esferas. Posteriormente, Honneth lançou-se em novas fases, nas quais esclareceu algumas lacunas ou, até mesmo, mudou ênfases (SOBOTTKA, 2015). Inicialmente, o autor compreendia a identidade como um atributo ontológico do indivíduo, demonstrando, em suas análises, quase que uma psicologização da esfera do amor. Em suas publicações posteriores, o que se solidificou foi que a identidade era um elemento muito mais relacional, mais dependente de relações intersubjetivas contínuas, e as influências de Winnicott e Mead cederam lugar às análises de normas sociais com caráter mais coletivo (SOBOTTKA, 2015).

Os padrões de reconhecimento intersubjetivo são traçados por Honneth (2003) a partir da concepção de que os sujeitos alcançam uma autorrelação prática quando se percebem seus próprios destinatários sociais, reportando-se, aí, a uma relação de reconhecimento recíproco. Mas para isso é necessário que se parta do princípio de que na vida em sociedade operam processos que se apresentam como coerções normativas, de modo a inclinar os indivíduos a romperem seus limites individuais, considerando-se que só assim é possível alcançar a ampliação de suas pretensões de subjetividade, que estão em permanente reconstrução, a ponto de dividi-las com outros (HONNETH, 2003).

Na atualidade, a emergência das manifestações expressas, em especial por grupos identitários; por redistribuição dos recursos materiais e reconhecimento²; pelas

² Sobre a redistribuição e reconhecimento há um debate interessante e enriquecedor entre Nancy Fraser e Axel Honneth. O segundo advoga que, se a redistribuição for categorizada em separado do reconhecimento, estamos ante a possibilidade de instaurar um abismo entre o material e o simbólico.

condições das relações de trabalho³, em que o sofrimento concreto é vivenciado pelos indivíduos e não apenas a indiferença ou a subjugação de direitos, urge uma teoria de reconhecimento que analise as causas sociais dos sentimentos de injustiça e os objetivos normativos construídos historicamente. Portanto, considera-se que, antes de ser uma linguagem teórica, a injustiça é experimentada pelas pessoas como um atentado às suas reivindicações por reconhecimento. Nessa linha reflexiva, as injustiças redistributivas são a expressão institucional da falta de respeito social que, às vezes, gera lutas e exigências que conformam reivindicações normativas que adquirem notoriedade pública (HONNETH, 2006).

Os problemas tradicionais das sociedades capitalistas já não se constituem a chave de descontentamento moral atual. Há movimentos que podem indicar quais são os objetivos normativos que movem os grupos em torno do reconhecimento de suas convicções coletivas. Entretanto, há que se ter a sensibilidade de considerar que alguns grupos não conseguem fazer com que suas reivindicações sejam articuladas publicamente. Assim, somente aqueles que ultrapassam a invisibilidade de arenas políticas é que chamam a atenção pública. Mas isto não minimiza a relevância de situações socialmente injustas que não alcançaram esse *status* de visibilidade (HONNETH, 2006).

Na tradição da Teoria Social Crítica⁴ não houve a intenção de alcançar em profundidade a compreensão conceitual preliminar do que seriam as fontes normativas de descontentamento social. Isto é sustentado por Honneth a partir do entendimento de que a Teoria Social Crítica esteve, por muito tempo, restrita à filosofia marxista, quando não se atribuía ao proletariado interesses individuais. Nesse horizonte de reflexão os sujeitos não eram socializados como atores morais possuidores de reivindicações normativas e suas vulnerabilidades correspondentes. Em detrimento disso, eram-lhe atribuídos interesses unificados à classe trabalhadora,

³Honneth dá indícios que o trabalho é um elemento que merece ser discutido, com o fundamento de ele possibilitar a reconstituição de critérios éticos para a formação identitária em uma teoria Crítica do Reconhecimento.

⁴O conceito de reconhecimento não é algo novo no campo das Ciências Sociais, desde Hegel e Habermas ele é debatido e conforma, talvez, o núcleo central da Teoria Crítica. Este conceito vem sendo atualizado por Charles Taylor e Honneth. Teoria Crítica designa um campo teórico no qual não se limita a descrever como a sociedade funciona “*pretende compreendê-la sob a luz da emancipação ao mesmo tempo possível e bloqueada pela lógica da organização social vigente. [...] é a orientação para a emancipação da dominação o que permite compreender a sociedade em seu conjunto*” (Nobre, 2003, p.9).

como um corpo de um sujeito coletivo, de acordo com considerações instrumentais racionais. Nesse momento, não era necessária uma explicação distinta das expectativas morais que os sujeitos tinham acerca da sociedade, dado que os interesses racionais-instrumentais tomavam o espaço dessas expectativas. Com o advento da organização da sociedade em torno dos preceitos capitalistas, esta compreensão homogeneizante da sociedade como um corpo sem particularidades se tornou quase insustentável, tendo em vista que o acúmulo de capital impõe que os sujeitos se individualizem e defendam seus interesses privados em detrimento do público (HONNETH, 2006).

Com base em Hegel, Honneth assume que na sociedade moderna há três esferas para a integração e reprodução social: a família, a sociedade civil e o Estado (SOBOTTKA, 2013). A ordem institucionalizada de reconhecimento está relacionada ao desenvolvimento das sociedades burguesas capitalistas como resultado da diferenciação de três esferas sociais de reconhecimento: o afetivo, o jurídico e a estima social (HONNETH, 2003; 2006). A dependência humana de reconhecimento intersubjetivo está relacionada sempre pelo modo particular em que se institucionaliza a mútua concessão de reconhecimento em uma sociedade. A autorrealização prática dos seres humanos⁵ não é algo que se origina de uma só vez, nem a capacidade de reconhecimento subjetivo, pois essa capacidade se amplia com o número de esferas que se diferenciam no curso do desenvolvimento social para o reconhecimento de componentes específicos da personalidade (HONNETH, 2006).

O desenvolvimento da sociedade burguesa capitalista é o resultado da diferenciação que se constituiu, historicamente, nas três esferas do reconhecimento. O reconhecimento afetivo, a partir das atitudes de afeto e amor, se constituiu implicitamente nas sociedades por meio do entendimento de que a criança deveria ser protegida pelos pais para que se desenvolvesse plenamente⁶. Também o amor

⁵ A capacidade de assegurar-se reflexivamente de suas competências e de seus direitos, ou seja, que faz possível o reconhecimento (HONNETH, 2006). Na obra *Luta por Reconhecimento*, de 2003, Honneth estrutura, sinteticamente, a partir das três esferas das relações sociais de reconhecimento suas respectivas autorrelações práticas: a autoconfiança, o autorrespeito e a autoestima. Nesse mesmo texto Honneth explica que, para chegar à autorrelação bem-sucedida é necessário que os sujeitos obtenham o reconhecimento intersubjetivo de suas capacidades e realizações.

⁶ Entendo que nessa concepção, os pais, ao serem responsabilizados pelos cuidados dos filhos, tornaram-se responsáveis pelo rumo que o indivíduo quando adulto tomaria, levando para o particular aquilo que anteriormente poderia ser concebido no coletivo. Assim, aconteceu com o matrimônio, as relações afetivas responsabilizaram os pares nessa

entre pares, enquanto amor romântico materializado no matrimônio burguês. Dessa forma, em especial a partir desses dois processos de institucionalização, surgiu, paulatinamente, a consciência generalizada de uma classe independente de relações sociais, a qual, em contraste com outras formas de interação, se distingue pelos princípios de amor e afeto nas relações íntimas (HONNETH, 2003; 2006).

Nessa transição da sociedade burguesa, em que houve a institucionalização da normatividade da igualdade jurídica, o êxito individual emergiu como uma ideia cultural sobre a influência da valorização religiosa do trabalho assalariado, considerando-se a perda da influência que a propriedade sobre a terra tinha sobre a honra dos indivíduos. Houve, então, a divisão no conceito da honra: uma vertente ligava-se à concepção de que todos estavam em pé de igualdade em relação ao respeito à dignidade e autonomia enquanto pessoa jurídica. A outra vertente relacionava-se ao fato de que cada um usufrui da estima social que meritocraticamente adquiriu segundo seu esforço individual na estrutura da divisão do trabalho organizado e assalariado (HONNETH, 2006).

O último tipo de relação social representa a terceira esfera do reconhecimento, junto com o amor e o novo princípio jurídico da sociedade capitalista, e está organizado de forma ideológica. Isto porque o grau com que algo é interpretado como realização, como contribuição cooperativa, é definido em relação a uma norma de valor, cujo ponto de referência normativa é a atividade econômica do homem burguês de classe média. O que é distinguido como trabalho, com uso específico e quantificável para a sociedade, equivale ao resultado da determinação de valor específica de um grupo⁷, desde que seus membros se sintam à vontade na situação de serem pertencentes ao grupo enquanto um de seus membros. Entre a nova hierarquia de *status*, regulada pela estima social segundo o êxito individual, e a desigual distribuição dos recursos materiais habitam elementos que vão além da relação entre a ideologia e a realidade social. A valorização em demasia do êxito

instituição por meio do princípio do amor e do afeto. No texto *Luta por Reconhecimento* Honneth elabora uma perspectiva acerca dessa esfera com uma conotação que considero demasiadamente psicologizante. O substrato que mais me interessa está em seus textos posteriores, nos quais é possível entender o afeto e atenção como o reconhecimento que as pessoas aportam de forma recíproca com a atenção ao bem-estar do outro à luz de suas necessidades individuais (HONNETH, 2006).

⁷ Esta ordem social representa a violência material, à medida que a valorização unilateral, ideológica, de certas realizações demonstra em que medida os indivíduos têm legitimamente a sua disposição o acesso a recursos materiais (Honneth, 2006).

individual representa um marco institucional, no qual os princípios para a distribuição de recursos na sociedade capitalista burguesa podem cumprir um acordo normativo, em que os indivíduos têm acesso aos recursos materiais de acordo com o respeito, com a estima social recebidos dos membros da sociedade. Nessa lógica há setores inteiros ou atividades que são historicamente menos valorizadas e que sofrem com isso, promovendo a competição profissional e a desvalorização de determinadas ocupações (HONNETH, 2006).

A estima social é organizada de acordo com objetivos definidos abstratamente, os quais avaliam as capacidades e realizações individuais dos sujeitos, assim “as formas de reconhecimento associadas a ela assumem o caráter de relações, simétricas por dentro, mas assimétricas por fora” (HONNETH, 2003, p.202). No sentido de que a forma com que o reconhecimento da estima social é organizado depende de normatizações, mas a experiência de distinção social em relação ao outro é diferente, dependendo das formas de interação. As relações de solidariedade (HONNETH, 2003; 2006) emergem, daí, como a construção de “um horizonte intersubjetivo de valores no qual cada um aprende a reconhecer em igual medida o significado das capacidades e propriedades do outro” (HONNETH, 2003, p.209). Nessa concepção, estar-se-ia experimentando a estima simétrica, no sentido de considerar-se reciprocamente, “à luz de valores que fazem as capacidades e as propriedades do respectivo outro aparecer como significativas para a práxis comum” (HONNETH, 2003, p.210). O simétrico, aqui, tem o sentido de que todo o indivíduo recebe a oportunidade de experienciar-se a si mesmo, como um elemento valioso para a sociedade, em suas capacidades e realizações. Pode-se considerar essas relações como solidárias, pois não despertam unicamente a tolerância em relação às particularidades do outro, mas também o interesse afetivo e interessado pelas particularidades do outro (HONNETH, 2003).

A interpretação das esferas de reconhecimento deve ter como pano de fundo o entendimento de que o princípio individualista do êxito se constituiu em um critério da estima social, mas trouxe consigo um duplo sentido. De um lado representou a ideologia daqueles que possuíam o capital, ou seja, os meios para reorganizar a produção econômica. Isto compôs a unilateralização da avaliação do êxito, além de cosmovisões antiquadas e ultrapassadas do que se constituiria o esforço individual, na qual haveria atividades inatas que não seriam consideradas êxito ou trabalho — por exemplo, ser dona de casa —, representando, assim, atividades não produtivas à

reprodução social que justificasse a estima social. Por outro lado, a concepção individualista do êxito justificava, moralmente, a distribuição desigual das oportunidades e bens vitais. Mesmo que a propriedade da terra não regesse, de forma legítima, os privilégios econômicos e jurídicos, a valoração ético-religiosa do trabalho e a constituição do mercado capitalista demonstrou a dependência da estima social do êxito, o que também justificou, publicamente, a apropriação privilegiada de capital e outros recursos. Essa desigual distribuição também recebeu apoio normativo de outra procedência, do Estado, à medida que este oferecia um mínimo de estima social e bem-estar econômico, no sentido de que todos teriam um mesmo tratamento juridicamente (HONNETH, 2003). No Brasil, pela própria constituição da América Latina, entendo que, como diria Honneth, esse “excesso de validade” para a desigualdade ocorreu de modo ainda mais acentuado, pois se vê, no cotidiano, classes inteiras – como o judiciário e os parlamentares – sentindo-se no direito de obter ganhos estratosféricamente maiores que outras pessoas que também desempenham um papel importante na sociedade.

Esses processos produzidos pela conformação da sociedade capitalista transformaram a sociedade e estabeleceram três formas distintas de relações sociais, nas quais os membros da sociedade podem contar com o reconhecimento recíproco, de distintas maneiras e de acordo com critérios diferentes. A partir disso os indivíduos aprenderam a se referir a si mesmos em três esferas diferentes: nas relações íntimas (marcadas pelas relações de afeto e preocupação mútuos), em que são capazes de se compreenderem como indivíduos portadores de necessidades individuais; nas relações jurídicas (segundo o modelo de igualdade de direitos e obrigações), em que são reconhecidos como pessoas jurídicas a quem se deve a mesma autonomia que aos demais membros da sociedade; e a terceira esfera, nas relações sociais flexíveis (embasadas na interpretação unilateral do êxito), em que se compreendem como sujeitos que possuem habilidades e valores que são de interesse para a sociedade (HONNETH, 2006). Essas três esferas descritas formam modelos de interação, no sentido de que não poderão ser praticadas caso seus princípios normativos subjacentes não forem respeitados de alguma maneira: o amor (a ideia central das relações íntimas), o princípio da igualdade (a norma das relações jurídicas) e o princípio do êxito (a norma da hierarquia social). Indo adiante em sua análise, Honneth (2006) explica que somente nas relações sociais em que são exigidas atitudes de reconhecimento mútuo é que os indivíduos desenvolvem uma relação positiva consigo

mesmo. Isto acontece porque o indivíduo somente experimenta o valor duradouro de suas capacidades específicas em relação a outros mediante sua interação em relações em que os princípios específicos de reconhecimento sejam reciprocamente incluídos.

As três formas das relações sociais — a família, a sociedade civil e o Estado — ofereceram subsídios para que se desenvolvessem distintos princípios de reconhecimento sob os quais os sujeitos puderam declarar experiências de desrespeito no plano concreto da experiência da realidade de forma desmerecida e injustificável⁸. Há, neste ponto, uma relação entre as reivindicações subjetivas de reconhecimento e o discurso vigente de justificação. Partindo desta concepção, compreende-se que as esferas de reconhecimento representam modelos de interação, fundamentais no sentido normativo, nos quais se expressa a natureza intersubjetiva dos seres humanos de um modo generalizável. Dessa forma, o que se estabelece socialmente como reconhecimento recíproco tem o caráter de normas publicamente justificáveis, cuja aplicação social pode estar, por conseguinte, submetida a objeções racionais (HONNETH, 2006).

4.2 Luta por Reconhecimento como substrato para a efetivação da saúde como um direito de cidadania

Nesse contexto da conformação histórica da Teoria Crítica, Honneth (2006) questiona qual seria a forma de descontentamento social que constituiria o ponto de partida para justificar empiricamente a reconstituição desse campo teórico com base no Reconhecimento Social. Para o autor, não seria nem o extremo em que se impõe interesses predeterminados aos sujeitos, nem a inexistência de expectativas

⁸ Historicamente, no plano das relações íntimas, esses conflitos internos geralmente assumiram a forma de projetar necessidades recém desenvolvidas ou não concebidas anteriormente, recorrendo ao amor testemunhado mutuamente, com a finalidade de receber a legitimação mais ampla. Na terceira esfera do reconhecimento, os indivíduos recorreram ao princípio do êxito para alcançar visibilidade pública, com o fim de exigir maior estima social e ao mesmo tempo a distribuição de recursos materiais, porque ocorria (e ainda ocorre) em função da estima social doada em função do mérito que normativamente as atividades adquirem (HONNETH, 2006).

normativas⁹. Nessa versão mais moderna de Teoria Social Crítica, quaisquer experiências de sofrimento, que sejam um adicional ao publicamente visibilizado, se situam no campo da especulação teórica. Isso minimiza as possibilidades dos esforços conceituais para dar sentido às possíveis formas de sofrimento social, havendo, assim, uma carência de ferramentas conceituais para elaborar hipóteses acerca das causas potenciais da sensação de injustiça social. Nessa linha argumentativa, há uma premissa teórica acerca da reflexão categorial sobre as possíveis formas de descontentamento e sofrimento social:

cada sociedade requer uma justificação desde o ponto de vista de seus membros, na medida em que tenha que cumprir uma série de critérios normativos que surgem de reivindicações ancoradas no contexto de interação social. Se o adjetivo *social* significa algo mais que encontra-se em sociedade, o sofrimento e o descontentamento social possuem um núcleo normativo¹⁰ (HONNETH, 2006, p.103).

Para esse autor, cada situação social crítica, por exemplo, o empobrecimento da economia rural ou das famílias, em que os pais já não conseguem manter os filhos com o que ganham, é acompanhada de uma série de situações em que há o desgaste sofrido pelos envolvidos, mais, ou menos, intenso. Esses indivíduos empreendem, constantemente, conflitos sociais como formas de oposição, de resistência — mobilização de parentes e amigos, embates com autoridades públicas ou outros tipos de esforços a fim de manter sua integridade. Nem todos esses esforços são apreendidos pela política pública como formas relevantes de conflitos sociais, apenas aqueles problemas que alcançam um nível organizativo de movimento político são considerados pertinentes (HONNETH, 2006).

A invisibilidade, sob a qual vivem os indivíduos perante as políticas públicas e as arenas de debate público, está sob a égide da designação oficial de “movimento social”. Esse reconhecimento por parte da arena pública é o resultado de lutas subterrâneas pelo reconhecimento, levadas a cabo por grupos ou indivíduos atingidos por sofrimentos sociais para fazer com que o público perceba e considere seus problemas. Até que os sujeitos se insiram em grupos em prol de movimentos sociais

⁹ Este segundo extremo é o que Honneth considera fragilidade nas análises que utilizam “novos” grupos sociais como fonte de análises normativas da sociedade, como o faz Nancy Fraser.

¹⁰ Tradução feita pela autora deste projeto.

“eles permanecem sem rosto e desconhecidos” (HONNETH, 2006, p. 96-7)., entendo, portanto, que para olhar determinadas situações de sofrimento é necessário debruçar-se de forma sensível sobre o cotidiano e deixar-se contaminar por aquilo que não tem sido perceptível às políticas públicas. E também que as políticas públicas reordenem a maneira de perceber o que seria o sofrimento merecedor de reconhecimento social, no sentido de ser levado em consideração ao propor ações e estratégias de intervenção, especialmente no campo da saúde.

Para Honneth (2006), no que tange à percepção dos indivíduos, as experiências de injustiça são concebidas em um contínuo de formas de negação do reconhecimento, da falta de respeito, cujas consequências estão determinadas pelas qualidades ou capacidades que os afetados consideram não reconhecidas ou não respeitadas e que não foram devidamente justificadas. Sob essa perspectiva, as diferenças da experiência de injustiça não são determinadas unicamente em relação ao objeto, mas também pela forma do reconhecimento não efetuado. Isto está relacionado ao entendimento de que as formas de reconhecimento recíproco estão institucionalizadas em cada realidade social, cujos déficits ou assimetrias são os que primeiro podem desencadear lutas por reconhecimento (HONNETH, 2006). A compreensão de que a luta por reconhecimento se desencadeia pelo sentimento de desrespeito é uma consideração importante nos escritos do autor. Essa constatação está relacionada à concepção da sociedade como uma frágil estrutura de relações graduadas de reconhecimento, por conseguinte a ordem de reconhecimento que pode desencadear conflitos sociais em diversos níveis se reporta à experiência moral do que pode ser interpretado como falta de respeito não justificada (HONNETH, 2006).

A experiência de desrespeito ancora-se no plano afetivo das pessoas, de modo que dá o impulso para o conflito social (HONNETH, 2003). O reconhecimento social não é alcançado em virtude da generosidade generalizada, mas pelos processos de luta assumidos em cada esfera (SOBOTKA, 2013). O que está no cerne da motivação dos indivíduos e grupos para questionar a ordem social prevalecente e impor resistência prática é a convicção moral de que os princípios do reconhecimento institucionalizados e tidos como legítimos estão sendo aplicados de maneira inadequada, pois a luta social emerge a partir do sentimento moral de injustiça, em suas mais variadas formas (HONNETH, 2006). Emerge, daí o conceito de luta social como *“um processo prático no qual experiências individuais e o desrespeito são interpretadas como experiências típicas de um grupo inteiro, de forma que elas podem*

influir, como motivos diretores da ação, na exigência coletiva por relações ampliadas de reconhecimento” (HONNETH, 2003, p.257). Por conseguinte, pode-se considerar social uma luta em que seus objetivos se deixam generalizar para além do horizonte das interações individuais, tornando-se a base de um movimento coletivo (HONNETH, 2003).

Perante a relativa igualdade jurídica e a possibilidade de estabelecer relações afetivas e solidárias, há situações em que os sujeitos se veem desrespeitados em sua condição de indivíduos autônomos. Isto se constitui uma injustiça no sentido de que os sujeitos têm sua liberdade de ação dificultada. Nessas situações, podem ser imputados danos às pessoas, as quais são feridas em sua compreensão positiva de si mesmas, adquirida de maneira intersubjetiva, afetando diretamente sua formação de identidade¹¹. Se a experiência de desrespeito indica que há a denegação ou a privação de reconhecimento, o domínio dos fenômenos negativos deve ser reencontrado nas mesmas distinções em que esses fenômenos já foram descobertos no domínio positivo do reconhecimento, ou seja, para cada esfera do reconhecimento delineada surge um equivalente negativo.

A importância do reconhecimento recíproco para os indivíduos é mais perceptível quando se rompem as relações (HONNETH; ANDERSON, 2011),

Autoconfiança, autorrespeito e autoestima não são, portanto, meramente crenças sobre si mesmo ou estados emocionais, mas propriedades que emergem de um processo dinâmico no qual indivíduos passam a experienciar a si mesmos como possuidores um certo *status*, seja como um objeto de preocupação, como um agente responsável, como um contribuinte valorizado de projetos compartilhados ou como o que quer que seja (HONNETH; ANDERSON, 2011, p.88)

As experiências de falta de respeito denotam a necessidade de refletir acerca dos conceitos justiça e bem-estar, pois são características daquelas sociedades que proporcionam aos sujeitos as condições de reconhecimento mútuo, nas quais a formação da identidade e a autorrealização individual possam se desenvolver de maneira adequada. A orientação ética das políticas ou a moral social deve estar

¹¹ A formação de identidade se produz por meio de etapas de interiorização das respostas de reconhecimento, os indivíduos aprendem a ver a si mesmos como membros legítimos e especiais da comunidade ao sentirem-se capazes e personalidades importantes à sociedade. Essas características são alcançadas mediante os padrões de apoio recebidos de seus parceiros de ação.

ancorada nos três princípios do reconhecimento, e nas sociedades democráticas indicam quais são as expectativas legítimas que podem ter seus membros. O amor, a igualdade e a estima social dão, em conjunto, o norte para o que é a concepção plural de justiça¹²(HONNETH; ANDERSON, 2011).

As experiências que se constituem em ataque à identidade dos indivíduos chama à reflexão o compromisso das sociedades em assegurar que os mais vulneráveis ante o liberalismo sejam protegidos e/ou mitigadas as possibilidades de terem corroídas suas autorrelações práticas conquistadas com muito custo na trajetória da conformação de sua identidade (HONNETH, 2006; HONNETH; ANDERSON, 2011). Indo mais adiante, “os sujeitos de direito precisam estar em condições de desenvolver sua autonomia, a fim de que possam decidir racionalmente sobre questões morais” (SAAVEDRA; SOBOTTKA, 2008, p.12). A autonomia, a partir da perspectiva do reconhecimento recíproco, pode ser entendida como a capacidade dos indivíduos em desenvolver e perseguir sua própria concepção de vida digna de valor, de modo a desenvolver um conjunto de capacidades para conduzir a própria vida, tudo isso alcançado, justificado e estabelecido em relações intersubjetivas, ou seja, não individualistas¹³. Obviamente, esse conceito é atravessado pelas condições sociais que precisam ser favoráveis a isso (HONNETH; ANDERSON, 2011, p.82).

Em contraponto, as perspectivas individualistas¹⁴, o reconhecimento recíproco pensado como substrato para a autonomia, compreendem o entendimento de que ela

¹² Evidentemente, Honneth traz para seu debate o entendimento de que nem todas as demandas são consideradas legítimas ou aceitáveis do ponto de vista moral. Elas são consideradas no momento em que se julgam como positivos os objetivos de luta a partir da interpretação de que apontam para direções promotoras de desenvolvimento social em uma sociedade justa (HONNETH, 2006).

¹³ Meu interesse em trazer aqui a noção de autonomia é sua relação com a liberdade (“a liberdade no sentido da autonomia do indivíduo” (HONNETH, 2015, p.34)), o que me parece profícuo de ser entrelaçado à lógica da atenção em saúde proposta pelos ideais da Reforma Sanitária, já descrita anteriormente. Sobottka (2013) esclarece que Honneth, em sua fase mais madura, tem sido mais enfático ao apresentar suas ideias de que o reconhecimento intersubjetivo está amarrado à “dependência dos sujeitos às relações sociais para que se torne um indivíduo livre e autônomo” (SOBOTTKA, 2013, p. 166). A liberdade inscrita na obra O direito da Liberdade, inclusive, significa o que alcançamos por meio das relações intersubjetivas (SOBOTTKA, 2013). A liberdade social, sua terceira tipologia, “deixa de ser um elemento da experiência puramente subjetiva no momento em que o sujeito se encontra com outros sujeitos” (p.85), compartilhando e complementando com ele objetivos. O mundo externo permite aos indivíduos o exercício de metas propostas por ele mesmo (HONNETH, 2015).

¹⁴ As perspectivas individualistas apregoam que, quanto mais somos passíveis de desenvolver nossos objetivos individualmente, mais autônomos seremos, à medida que quanto menos somos constrangidos ou afetados em nossa intimidade pelas ações de outrem,

não pode ser reduzida ou prejudicada no momento em que há danos às relações sociais que a asseguram. Nessa perspectiva, é levada em consideração a dependência dos indivíduos das relações de respeito, de cuidado e de estima instauradas entre seus pares nas relações de reconhecimento recíproco. Nesse norte, a autonomia não pode ser apartada da concepção de justiça social e das discussões acerca do modo com que se instituirá uma sociedade que possa dar espaço aos interesses e às necessidades de seus membros (HONNETH; ANDERSON, 2011).

O reconhecimento intersubjetivo está amarrado à “*dependência dos sujeitos às relações sociais para que se torne um indivíduo livre e autônomo*” (SOBOTTKA, 2013, p. 166). Vale ressaltar que liberdade, de acordo com a obra “O direito da Liberdade”, é o que se alcança por meio das relações intersubjetivas (SOBOTTKA, 2013). A liberdade social, sua terceira tipologia, nas palavras de Honneth (2015) “*deixa de ser um elemento da experiência puramente subjetiva no momento em que o sujeito se encontra com outros sujeitos*” (p.85), compartilhando e complementando com eles objetivos. Desse modo, o mundo externo permite aos indivíduos o exercício de metas propostas por eles mesmos (HONNETH, 2015).

Por outro lado, as formas de desrespeito se instauram em práticas e instituições nas quais atitudes de denigração e humilhação são capazes de colocar em risco ou desqualificar a autoconfiança, o autorrespeito e a autoestima.

Elas põem em risco a autoestima dos indivíduos ao fazerem com que seja muito mais difícil (e, em casos limites, mesmo impossível) pensar a si mesmo como digno de valor. Os sentimentos de vergonha e de ausência de valor resultantes ameaçam a percepção de que as próprias realizações possuem algum sentido. E, sem aquela percepção de que suas aspirações são dignas de serem perseguidas, seu modo de agir é tolhido. Essa afirmação não é exclusivamente conceitual nem exclusivamente empírica (HONNETH; ANDERSON, 2011).

Sobre os domínios negativos do reconhecimento, ou seja, os frutos do desrespeito, Honneth dá indicações de práticas sobre cada uma delas. Sobre aquelas inscritas na esfera do reconhecimento por meio das relações íntimas são as formas de maus-tratos que afetam a integridade física e psíquica, de maneira a provocar graus de humilhação que interferem negativamente na autorrelação prática do ser

maior será nossa capacidade de agir conforme nossas preferências, ou seja, de maneira mais autônoma, mas isto traz consigo a perda dos laços e vínculos sociais (ANDERSON; HONNETH, 2011).

humano. Isto fere permanentemente a confiança em si e no mundo, aprendida por meio do amor, de forma a se estender até o relacionamento prático com outros sujeitos (HONNETH, 2003, p.215). A autoconfiança, antes de tudo, é uma característica dos indivíduos que possuem uma relação aberta com seus próprios sentimentos, emoções e motivações, de maneira que o que é sentido subjetivamente é um subsídio para a realização de escolhas dos sujeitos, a autoridade em primeira pessoa (HONNETH; ANDERSON, 2011). A amizade, as relações íntimas e a família são apontadas por Honneth (2015) como “*relações sociais em meio ao anonimato e ao desenraizamento, nas quais a natureza interior do homem se encontra mediante a confirmação recíproca de sua liberdade*” (p.238). Entendo que todas as formas de desestruturação de contratos e relações embasadas na estabilidade centrada em convenções combinadas e acertadas pode ser uma forma de denegrir a autoconfiança dos indivíduos.

Em relação à esfera do reconhecimento jurídico, o equivalente negativo refere-se à negação de direitos, mesmo ao estar inserido em determinada sociedade em que os direitos em voga lhe são garantidos pela perspectiva de igualdade jurídica. Na privação de direitos ou na exclusão social o desrespeito representa a violação da autonomia pessoal e o sentimento dos indivíduos de não possuírem *status* para se posicionarem em pé de igualdade com seus pares em sociedade, havendo, com isso, a perda do autorrespeito. O autorrespeito “*pode ser visto como a autoconcepção afetivamente preenchida que exige uma visão de si mesmo como a fonte legítima de razões para agir*” (HONNETH; ANDERSON, 2011, p.90). Assim, para que uma pessoa possa ser o agente da proposição e defesa de pretensões sociais enquanto possuidora de iguais direitos sociais é necessária essa autorrelação prática, pois,

se uma pessoa não consegue ver a si mesma como deliberadora competente e como co-autora legítima de decisões, é difícil ver como ela se levaria a sério em seu próprio raciocínio prático sobre o que fazer. Aqueles com autorrespeito reduzido – com um senso menor de autoridade pessoal – têm, portanto, menos chance de se verem como autores plenos de suas vidas. Sem autorrespeito, a autonomia é, então, prejudicada (HONNETH; ANDERSON, 2011, p.90).

A terceira forma de desrespeito trata da desvalorização e depreciação do valor social de indivíduos e grupos. Aqui se abordam aquelas situações em que se retira dos sujeitos a possibilidade de atribuírem valor social às suas capacidades

características, havendo, com isso, um atentado a sua estima pessoal (HONNETH, 2003). Aquelas formas de denegrir e humilhar que podem ser operadas por palavras, arquitetura de situações e ações nas quais o indivíduo perde ou obnubila o sentido de expressão e/ou valor daqui que faz ou pensa, de maneira que

torna-se difícil persegui-lo sinceramente. [...] Assim, um ambiente socio-cultural que seja hostil a considerar aquilo que as pessoas fazem como expressivo é desmoralizante. Em razão do modo pelo qual podem reduzir a autoestima, padrões sistemáticos de denigração representam uma ameaça não apenas à felicidade ou à identidade, como também ao modo de agir daqueles afetados (ANDERSON; HONNETH, 2011, p.98).

Esses três grupos de experiências de desrespeito provocam a experimentação do rebaixamento e da humilhação social de maneira que as pessoas têm ameaçada sua identidade, e as reações emocionais negativas se expressam nos sentimentos de vergonha social¹⁵. São essas reações em relação à experiência de vergonha social que têm a potência de se tornarem um impulso para a luta por reconhecimento. Mas há que se ter em mente que isso depende do entorno político e cultural dos sujeitos, considerando-se que a aplicação dos princípios de reconhecimento ocorre à luz das interpretações culturais que determinada sociedade ou grupo tem acerca das necessidades, reivindicações ou habilidades (HONNETH, 2003; 2006). Também nem todas as três esferas contêm em si tensão moral suficiente para empreender conflitos. O amor não contém experiências morais suficientes para levar por si só a formações de conflitos sociais. Por outro lado, o reconhecimento embasado no direito e na estima social apresentam um quadro moral de conflitos sociais em sua própria constituição, porque dependem de critérios generalizáveis socialmente (HONNETH, 2003).

A compreensão dessas formas de desrespeito no âmbito das políticas de saúde parece extremamente importante para analisá-las sob o ponto de vista de suas fragilidades e potencialidades em fortalecer as relações sociais nas quais se inserem (ou deveriam se inserir):

[...] (1) relações legalmente institucionalizadas de respeito universal pela autonomia e pela dignidade das pessoas (central ao autorrespeito); (2) relações próximas de amor e amizade (centrais para a autoconfiança); (3) e redes de solidariedade e de valores compartilhados em que a importância

¹⁵ A vergonha é para Honneth (2003) uma espécie de rebaixamento da percepção do próprio valor. O sujeito que se sente envergonhado percebe-se menos valoroso socialmente.

particular dos membros de uma comunidade pode ser reconhecida (centrais para a autoestima) [...] (ANDERSON; HONNETH, 2011, p.98).

Com o intuito de formar um quadro-síntese das esferas do Reconhecimento, a partir da leitura de Honneth (2003), construiu-se o quadro a seguir.

Quadro 1 Estrutura das etapas de autorrealização, dos domínios e formas de fortalecimento e de desrespeito, a partir da Teoria do Reconhecimento.

Etapas de Autorrealização	Autoconfiança	Autorrespeito	Autoestima
Domínios	Relações afetivas	Direitos	Estima Social/Solidariedade
Formas de Relações aquilo que fortalece os indivíduos a participarem na vida pública.	Relações íntimas, de afeto, preocupação, zelo,	Relações de igualdade de direitos e obrigações. O indivíduo encontra-se seguro do valor social de sua identidade.	Relações sociais flexíveis no seio da sociedade civil que trata das contribuições sociais e das realizações dos indivíduos. Redes de solidariedade e de valores compartilhados em que há importância para os membros de determinada comunidade.
Formas de desrespeito	Violência ou maus tratos que afetam a confiança em si mesmo. Situações ou condições que desestruturam contratos e relações nas quais os sujeitos podem se expressar como portadores de necessidades individuais.	Denegação de direitos; relações nas quais os sujeitos têm a sensação de que não estão em pé de igualdade com seus pares. A pessoa não se vê como deliberadora competente ou como co-autora legítima de decisões.	Situações ou condições em que há a desvalorização e depreciação social dos sujeitos e grupos. Aqui, essas formas podem ser operadas com palavras, arquitetura de situações nas quais o indivíduo ofusca a expressão ou valor daquilo que faz ou pensa.

Fonte: Honneth (2003), adaptado por Santos (2017).

Entendo que — e Axel Honneth discorre sobre isso em seus escritos — os critérios do que seriam as formas de fortalecimento e de desrespeito estão conformados em cada sociedade, mas o alcance do reconhecimento é uma luta intersubjetiva, no sentido de que ela se constrói na relação com o outro. Então, o reconhecimento não se doa ou se concede à outra pessoa; ele é um processo permanente que se constrói em ação conjunta.

Embora existindo poucas reflexões no contexto da Saúde Coletiva sobre a Teoria do Reconhecimento, a partir da leitura de Axel Honneth a temática revela importante potencial “*para a discussão do trabalho em saúde, das práticas de integralidade do cuidado, da participação social*” (LACERDA; MARTINS, 2013, p. 197). Paulo Henrique Martins (2009) aponta argumentos para a utilização da Teoria do Reconhecimento para a análise do cotidiano sob, pelo menos, três perspectivas: conceitual, operacional e política. Suas contribuições para a cidadania pensada no campo da saúde são assim sintetizadas pelo autor:

[...] pela incorporação do entendimento de que as representações e esquemas de classificação do senso comum espelham critérios de construção da realidade nascidos dos conflitos gerados pelas lutas por reconhecimento, as quais se passam em várias instâncias da organização da moral social. [...] pela adequação técnica do esquema teórico tripartite da teoria do reconhecimento no trabalho de desconstrução do senso comum, fazendo emergir a inelegibilidade intrínseca dos discursos e práticas dos usuários. [...] ao contribuir para identificar diversos níveis de organização das ações e programas de saúde. (MARTINS, 2009, p.132).

Ainda, partindo da saúde como um direito do cidadão que envolve lutas constantes por reconhecimento e atos democráticos, Wernet; Mello e Ayres (2017) apontam que o cuidado, assentado irremediavelmente na intersubjetividade, ganha contornos importantes para a esfera pública ao ter na Teoria do Reconhecimento explorados e visibilizados seus contornos e nós críticos para favorecer a autonomia e a dignidade humana. São elementos importantes para a dimensão pública da saúde pela via da atenção (AYRES, 2011).

5. O AGIR MEDIADOR COMO CATEGORIA PARA PENSAR A INTERAÇÃO ESTADO, PROFISSIONAIS E USUÁRIOS

A ideia do agir mediador se sustenta na leitura acerca da mediação proposta por alguns como Delma Peçanha Neves, Gilberto Velho e Gabriela Lotta, pensando que não é possível pensar a vida em sociedade sem refletir sobre a mediação que a permeia, por esta perspectiva a condição humana é alcançada pela integração a universos de significações específicas. As ações de mediação são socialmente determinadas, de forma que não é possível que elas sejam generalizadas ou reificadas, elas são, sim, contextuais, considerando-se a construção humana que as constituem, com seus significados e práticas (NEVES, 2008). O conceito de mediação não deve perder seu sentido dialético enquanto processo social, especialmente quando se enfocam apenas aspectos sistêmicos ou mecanicistas que permeiam esse conceito. Nessa linha de consideração, o termo mediação se restringiria à conciliação e ao consentimento (NEVES, 2008). A mediação não ocorre apenas no sentido de construir elos, mas também no conteúdo das relações. Esse é um movimento de mão dupla, ao mesmo tempo em que os mediadores levam ideias, práticas e ações das políticas públicas para o público também trazem as ideias, informações e necessidades do público para dentro do aparato estatal (LOTTA, 2012).

As condições da mediação não são determinadas; elas são contextuais, de modo que não podem ser generalizadas. Sua análise depende de campos específicos de produção e reconhecimento de sentidos, na intenção de demonstrar especificidades ou condições de possibilidades. A mediação coloca em jogo pontos de vista que podem convergir ou divergir dentro do campo de produção de significados e referências comportamentais (NEVES, 2008). Para Neves (1998), a mediação estudada a partir do papel dos mediadores sociais é o processo que propicia a articulação entre a elaboração e a objetivação de proposições que visem reorientar tendências e minimizar os efeitos de privilégios no controle de recursos econômicos. A mediação proposta por ela é aquela ancorada no reconhecimento de determinados saber-fazer e na troca de reconhecimentos com instituições encarregadas da produção de saberes técnicos específicos. A discussão sobre a mediação no campo do desenvolvimento rural emerge no momento em que há uma imposição de formas ideais de desenvolvimento e a criação da categoria rural, criando-se recursos instrumentais para a construção de campos de mediação e de convencimento de que, no caso do rural, alguns modelos de desenvolvimento são mais adequados em detrimento de outros (NEVES, 2008).

Sob a perspectiva de analisar a figura dos mediares, percebe-se que a ação deles não pode ser reduzida a uma intersecção ou a uma interligação, porque a mediação só se reproduz mediante novas construções e modos de gestão das contradições derivadas da posição de intercessão. Dessa forma, os mediadores não atuam como o elo de mundos diferenciados e deles distanciados como tais; eles próprios constroem as representações dos mundos sociais que pretendem interligar e o campo de relações que viabiliza esse modo específico de interligação. A partir daí múltiplos significados vão se ordenando para construir a mediação (NEVES, 1998; 2008).

Outro aspecto relacionado à conformação ou criação da figura do mediador é que antes da mediação deve haver a necessidade dessa ação. E quando se estuda o papel do mediador na implementação das políticas públicas isto se mostra muito relacionado à complexidade e à burocracia do Estado que demandam incessantemente o exercício desse papel, entre os quais advogados, assistentes sociais e outros implementadores que possam fazer essa tradução àqueles que ficam à margem de determinadas engrenagens (LOTTA, 2012).

Sobre os mediadores, Neves (2008) propõe uma classificação interessante para se refletir sobre o modo com que atuam: há aqueles que vivem pela mediação — os chefes de família, vereadores, professores —; e aqueles que vivem da mediação, os atores que personificam a intervenção pública — os funcionários públicos e dirigentes sindicais. Dado o cenário em que cada vez mais se valoriza o papel daqueles que por meio de sua função buscam elaborar e negociar consensos, consentimentos e alcançar interesses comuns ou convergentes, diversas profissões são orientadas a exercer a intermediação — advogados, educadores sociais, assistentes sociais e professores. Esses atores atuam em diferentes aparatos do Estado e têm a função de articular e negociar conflitos em contextos diversos, escutando demandas, apoiando, legitimando ou condenando-as (NEVES, 2008).

Na perspectiva de que a mediação implica movimentos, a possibilidade e a capacidade de lidar com diferentes códigos e viver diferentes papéis sociais e a prática de modo sistemático disso dá aos indivíduos a condição de mediadores. O seu desempenho, em relação a essa prática, imporá os limites de sua atuação, e o fracasso disso estará relacionado ao não estabelecimento de canais de comunicação ou quando estes forem frágeis (VELHO, 2001).

Assim, reconhecidamente, o mediador atua em nome de instituições e no sentido de assegurar a viabilidade das mesmas ou na defesa de sua posição. Nessa perspectiva, mesmo tendo a função de aplicar leis, normas e regulamentos, o mediador não se limita a isso, pois ele detém o poder de articular fragmentos de significados produzidos em contextos diversos e diferenciados, de escutar, apoiar, legitimar ou condenar demandas (NEVES, 1998; 2008). Por outro lado, o mediador não é passivo a isso; por diferentes meios ele tenta reordenar os objetivos da instituição em conformidade com seus interesses e saberes mais imediatos, viabilizando a objetivação de suas expectativas, valores e pontos de vista (NEVES, 1998).

Nessa interação emergem novas categorias de usuários das políticas públicas, tanto sob a ótica dos mediadores quanto deles mesmos, porque nesse interagir há uma bricolagem de pequenos detalhes, situações e relações. Mas o que importa, nesse processo, é que há a administração de situações extremas, com a oferta de respostas legítimas à ineficácia institucional, e a escassez ou falta de recursos, agregando ainda as redes de interação e de apoio social como importantes e válidas frente a um sistema de valores que não tem a tradição de praticar esse tipo de atitude (NEVES, 2008). No contexto desta pesquisa e das linhas que me parecem mais interessantes e promissoras para pensar sobre o objeto de pesquisa delineei, o conceito de agir mediador que mais se adapta vem de Duarte (2001), no qual esta ação evoca o vínculo, a conexão, a relação, seja no sentido cultural ou social. Acredito que esta escolha esteja relacionada à minha posição de que as partes deveriam interessar menos quando a potência está na relação, naquilo que provoca interações e condições capazes de gerar afetamentos potentes o suficiente para mobilizar as pessoas em nome de valores que não estão ligados unicamente a interesses materiais e utilitaristas. Dessa forma, a mediação, a partir de diferentes sentidos atribuídos e contextos de valorização, talvez seja uma postura metodológica mais coerente para estudar processos sociais, considerando-se que

o termo mediação implica o reconhecimento dos significados coletivamente produzidos e intercomunicados, sua utilidade explicativa funda-se na abertura para compreensão da construção da ordem social. Todavia, a valorização do consenso e do consentimento, que os atos de interconexão comunicativa evocam, não podem prescindir da valorização da importância da margem de indeterminação, também produzida nesses atos de construção de consciência (coletiva), que rompem com qualquer explicação pela dependência imediata e espontânea (NEVES, 2008.p.23).

Essa perspectiva é uma possibilidade que se tem para não generalizar ou subdividir categorias genéricas reificantes — o Estado e a sociedade —, ou absolutizações ainda mais pulverizadas — grupo, comunidade e associação — como se diversidades e particularidades pudessem ser homogeneizados. Nesse caminho, a análise da mediação indica que não se pense nessas instituições como se elas tivessem características humanas próprias — de que modo o Estado interveio, o grupo reivindicou e a comunidade decidiu —, mas é olhar para isso a partir de processos dinâmicos que são construídos por atores sociais singulares (NEVES, 2008).

Quando Neves declara que “*a proposta analítica que valoriza a mediação social contrapõe-se àquela que geralmente representa a construção da ordem social como unidade perfeita*” (p.24), um processo que caminharia rumo à solução de problemas e contradições do presente (NEVES, 2008). Essas indicações da autora me parecem que dão substrato para a possibilidade de analisar a vida em sociedade com suas não transparências, conflitos e contradições a partir da mediação, para não dividir a análise em olhar ou pelo indivíduo, ou pela sociedade.

Alguns empreendimentos da vida social demandam a ação de atores específicos para o exercício da mediação entre universos de significação que se contrapõem aos que devem ser articulados em nome de recomendações e organizações formalizadas e pensadas em esferas diferentes (NEVES, 2008). Determinadas concepções de política se aproximam dessa compreensão, entre as quais aquela expressa por Karina Kuschnir (2007), em que, como um meio de acesso aos recursos públicos, os políticos agem na condição de mediadores entre comunidades locais e os diferentes níveis de poder. Na visão de Gilberto Velho, os políticos seriam mediadores profissionais, pois “*pode-se dizer que são políticos porque são mediadores e são mediadores porque são políticos*” (VELHO, 2001, p.26). Assim, ações que têm como fim intervenções estruturais sobre diferentes planos da vida social demandam a criação de atores específicos para o exercício de mediação entre universos que se constituem como diferentes (NEVES, 2008). Partindo do exposto, pode-se considerar os profissionais da saúde mediadores entre o contexto local e as políticas públicas, principalmente porque são autorizados pelo Estado, em certa medida, a intervir na vida das pessoas e colocá-las em determinada normatividade. Inserir o usuário na lógica organizacional do Sistema de Saúde é possibilitar-lhe o acesso aos serviços de saúde.

Ao desenvolver seu esperado papel de mediador, o profissional da saúde está colocando, no campo da saúde, a relação entre as obrigações do Estado e as responsabilidades dos cidadãos. Essa visão parte da concepção de que a sociedade civil detém obrigações morais mínimas, entre as quais a solidariedade que, em Honneth, poderia ser entendida como a contribuição do indivíduo para com a sociedade mais ampla. Ao analisar a evolução histórica da cidadania na Inglaterra, Marshall (1967) sistematiza os direitos civis, políticos e sociais, dizendo que o desenvolvimento da cidadania está relacionado ao direito individual do cidadão combinado com os seus deveres públicos de exercer esses direitos.

Ao se ponderar que a mediação representa a relação entre Estado e sociedade emerge a necessidade de se considerar o que a mediação representa para as pessoas e para os próprios profissionais. Cogita-se que, antes de ser um espaço de trocas simétricas, o exercício de colocar-se diante do outro está repleto de interesses e lugares assentados a partir de diferentes processos. Desse modo, um elemento relevante que envolve a busca por assistência e cuidado em saúde é a reflexão de como as políticas públicas voltadas a esse campo incorporam a diversidade local aos seus processos. A interação entre aqueles que implementam as políticas públicas em saúde e as pessoas é essencial para refletir sobre as ações do Estado (LOTTA, 2012).

Nas palavras de Lotta (2012), a cidadania pode ser considerada um componente transversal das políticas públicas, enquanto ideias de igualdade e diferenças de direitos, de novas relações entre direitos humanos e desenvolvimento, reafirmando a participação como um direito humano e a cidadania como pré-requisito para outros direitos. E essa concepção evoca a necessidade de olhar para o local, privilegiando a percepção e a compreensão das dinâmicas e relações que acontecem e refletem a diversidade existente localmente. A territorialização, a espacialização de políticas públicas e a participação de diversos atores em seu processo de construção parecem ser elementos centrais para que as políticas públicas sejam fomentadoras de cidadania. Soma-se a isso a forma de condução do processo de diálogo entre o local e a justaposição das políticas públicas na maneira com que interferem na vida das pessoas (LOTTA, 2012).

A Estratégia de Saúde da Família (ESF), ao tentar aproximar os profissionais de saúde do cotidiano vivido, é uma possibilidade para mudar as relações entre serviços de saúde e territórios. Para isso é preciso analisar as políticas públicas, considerando os processos de interação entre seus implementadores e entre o Estado

e a sociedade, dado que a dificuldade parece estar justamente na forma com que o processo é conduzido, no sentido de considerar o território no engendramento das políticas públicas (LOTTA, 2012).

Considerando que o profissional da saúde é um ator importante no processo de implemento das políticas públicas, ele atua a partir de ações que denomino agir mediador. Em determinado contexto de pesquisa foi possível constatar que podem emergir espaços diferenciados de construção de sentidos e de necessidades em saúde do agir mediador. Nessa perspectiva, cenários convidativos à participação e cooperação podem ser revigorados à medida que impulsionam o respeito às singularidades e à inserção dos sujeitos no sistema de saúde. Refiro-me, nesse sentido, no contexto de pesquisa acima mencionado, às comunidades rurais afastadas geograficamente do urbano, sem a disponibilização de serviços de saúde no território. Portanto, a mediação, analisada naquele contexto, apresentava considerável potencial para ser explorado na construção de ações e políticas mais participativas e inclusivas, à medida que conformavam uma prática socialmente aceita e inserida no cotidiano de vida dos indivíduos (SANTOS et al., 2015).

6 BREVES ANOTAÇÕES SOBRE O RURAL COMO CONTEXTO: CONTRIBUIÇÕES DA SAÚDE

As marcantes desigualdades e iniquidades em saúde presentes no rural (BRASIL, 2013) ganharam maior visibilidade, a partir de 2011, quando foi aprovada uma política específica para as populações rurais: a Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta (PNSIPCF), relativamente nova na saúde, apesar de pouco propositiva e inovadora, incitou-me a questionar a visibilidade do rural, tanto nos documentos oficiais quanto nas práticas em saúde. No entendimento de Ruiz e Gerhardt (2012), esse espaço, perante as políticas públicas, tem pouco reconhecimento enquanto território de produção de vida que detém infinitas particularidades e formas diversas de enfrentamento do sofrimento. Essa discussão é pertinente, especialmente ao se ponderar que as políticas públicas são elementos que interferem na forma com que os diferentes espaços são organizados e impõem atravessamentos na organização social das pessoas em seus modos de vida (FLEURY; OUVÉNEY, 2008, p.54). No âmbito do SUS possuem movimentos

regulatórios que escapam à institucionalização regulamentada e tomam conformações locais muito particulares, demandando uma consciência clara e reflexiva por parte de seus agentes/mediadores formais — os profissionais da saúde — sobre o papel que desempenham nos territórios. Conforme Ruiz e Gerhardt (2012) esclarecem, a partir de uma concepção ampliada de saúde pode-se fazer referência às políticas públicas em saúde como aquelas que *“não necessariamente são específicas do setor saúde, mas que, ao estabelecerem interfaces com questões inerentes à vida das pessoas, implicam, de forma ampla, na saúde e na doença”* (p.1192).

Ao tensionar o rural e o conceito de território penso que a ampliação do entendimento sobre esses dois elementos é essencial para a implementação de ações em saúde e a elaboração de estratégias de ação cujo escopo venha a contribuir para o desenvolvimento local e a promoção da autonomia. Entretanto, é importante considerar que, se os serviços de saúde não tiverem no horizonte a função da política pública, enquanto materialização do direito à saúde, é possível que se desconstrua a cidadania e se converta as pessoas em consumidoras/clientes de serviços, indo na contramão da racionalidade social (COHN, 2009). A importância em conceitualizar e incorporar nas políticas públicas uma concepção ampla de cidadãos para os indivíduos revela o valor que eles têm quando se pensa na responsabilidade que possuem em relação aos vários aspectos da vida pública. Nessa teia, reconhecer-se digno de valor, no sentido proposto por Honneth, é um requisito fundamental para que os atores sociais ultrapassem os obstáculos em direção à autonomia (nem sufocando as liberdades individuais em nome do coletivo, nem supervalorizando a liberdade individual a ponto de colocar em risco a vida comum) (MARTINS, 2009).

A visibilidade do rural e de sua gente perante os direitos de cidadania ocorreu tardiamente no Brasil. Essa população, excluída do Sistema de Proteção Social até a década de 1950, enfrentou dificuldades importantes no que tange à efetivação da proteção previdenciária, principalmente pela priorização por parte do Estado de contribuintes da porção urbana. Essa porção, evidentemente, exercia poder político na conjuntura da época, de modo que a cidadania no Brasil já se construía notadamente desigual, de acordo com a classe social, estratificando, desde seus primórdios, a categoria dos trabalhadores (MEDEIROS; GUIMARAES, 2012). Marshall (1967), ao analisar a constituição da cidadania na Inglaterra, já apontava, naquela época, essa característica da cidadania que mencionei.

A população que estava à margem das contribuições sindicais por trabalhar na informalidade permaneceu sem assistência no âmbito da saúde até a criação do SUS (BELTRÃO et al., 2004). A dimensão da cidadania, em alguns momentos esquecida em meio a subjetividades, implica a discussão sobre o papel do Estado na garantia do direito à saúde como algo muito mais do que a ampliação do acesso, pois ela se circunscreve na aproximação entre aspectos políticos e técnicos. O desenvolvimento está em conexão com a saúde quando as ações desse campo contribuem para a formação de indivíduos autônomos que fortaleçam o coletivo (COHN, 2009).

Pensando nas conexões entre saúde e desenvolvimento e a inequívoca constatação de que o Estado não deveria ser um mero gerente de recursos a serem distribuídos entre as diferentes áreas da seguridade social, considerei como um exemplo prático, o estudo de Riquinho e Hennington (2014) ao analisarem as possibilidades que os agricultores produtores de tabaco têm de sair do ciclo de pobreza instaurado pelas relações de trabalho com a plantação e com a indústria do tabaco. As pesquisadoras indicam a necessidade de mobilização em torno de iniciativas que estimulem os indivíduos a adotar outros modelos de produção, entre os quais os associativos, em projetos de economia solidária e da diversificação agrícola que retomem relações perdidas com o ambiente e com suas redes sociais. Essas seriam possibilidades de multiplicar escolhas, oferecendo maiores condições aos indivíduos de optarem por um e não por outro modelo de produção.

Inicialmente, considero pertinente situar a compreensão do rural neste estudo, em especial a que é expressa por Wanderley (2009), de que o rural não se constitui uma essência que poderia ser encontrada em cada sociedade, como algo imutável. Pelo contrário, é uma construção histórica. Esse entendimento proporcionou-me maior materialidade e sentido ao ler os escritos de José de Souza Martins que propõe um debate sobre a modernidade, o que me parece extremamente profícuo para pensar sobre o rural. A modernidade, na América Latina, se constituiu em um discurso de progresso que se opõe ao tradicional, uma ideia de dualidade. A modernidade não é somente os signos que a representam, por exemplo, o acesso à internet, mas sim “*a realidade social e cultural produzida pela consciência da transitoriedade do novo e do atual*” (MARTINS, 2011, p.18). A modernidade, calcada no capitalismo, põe diante das pessoas uma infinidade de possibilidades; basta ter recursos para alcançá-las, mas de que modo transformar isso no plano concreto é a grande questão que se mantém sem respostas. Conforme Martins (2011, p.19), “*isso a coletividade das vítimas, dos*

excluídos de modo excludente, e não raro perverso, tem que descobrir.” E parece que isso aconteceu com o rural. Quando ele se afastou de sua identidade e saberes em função de um projeto de modernidade (GELEHN, 2004), se conformou no imaginário social enquanto um espaço reconhecido pela produção, mas os agricultores que ganharam visibilidade nesse contexto são os grandes produtores. Já, os pequenos ganharam um espaço quase invisível perante a sociedade. Acerca disso, diz Silva (2001), foram criados mitos em relação ao rural, um deles é que o rural é predominantemente agrícola e dependente desse tipo de produção para a geração de renda.

O urbano era (e ainda é) concebido como o símbolo da modernidade com todas as possibilidades de consumo e modos de vida que representavam a oposição com o tradicional (MARTINS, 2011). Durante muito tempo as populações interioranas estiveram à margem das políticas públicas, pois o rural era considerado uma das causas de inferioridade do país perante outras nações mais desenvolvidas (ESCOREL, TEIXEIRA, 2008). E o fruto desse desrespeito (utilizando a nomenclatura em Honneth) é a pobreza, não só material, mas também de identidades e de relações sociais que, segundo Wanderley (2011), é resultado do processo desenvolvimento rural que prevaleceu e ainda é hegemônico na sociedade brasileira.

A América Latina possui tempos particulares e tempos que não são seus, o que constitui o tempo provisório-permanente. No Brasil, em específico, a modernidade ocorre em um substrato de inconclusividade da conjunção entre passado e presente, do inacabado, da opressão que o moderno impõe ao homem comum como uma maneira permanente de ser e de viver. No Brasil, ela é a “*expressão do ver e não como expressão do ser, do viver e do acontecer*” (MARTINS, 2011, p.19). É possível aproximar essa reflexão do que é o rural hoje no Brasil, um projeto inconcluso e carregado de interesses econômicos para a modernização do campo, que carregou consigo boa parte dos laços e tradições que mantinham redes sociais fortes entre as pessoas.

O imaginário social que foi construído em torno do rural, no Brasil, tem relação muito estreita com o discurso científico de uma dada época, notadamente a tese higienista, a qual serviu de base para a elaboração de uma interpretação da sociedade (TRINDADE, 2013) que, infelizmente, ainda não foi vencida. A representação caricatural do homem rural, embasada nas teses do movimento de saneamento rural brasileiro, cristalizou a ideia de “Jeca Tatu” (personagem de Monteiro Lobato)

anemiado e doente, que dependia da ciência para sair dessas condições e encontrar a cura para o atraso. Nessa construção, a higiene se aproximou de forma vigorosa da ética protestante na construção de um produtor rural que substituísse o caipira, que era um trabalhador tradicional brasileiro, mas improdutivo em função da doença (TRINDADE, 2013).

Os viajantes, cronistas e escritores, autores importantes dos relatos de viagens ao “interior” do Brasil, desempenharam papel importante para consolidar a representação da imagem dos trabalhadores rurais. Isolamento, ignorância e ociosidade eram termos comuns em textos que retratam grandes distâncias geográficas e socioculturais. Os cientistas brasileiros, considerados os missionários do progresso, contribuíram para compor o retrato das áreas do interior em que as doenças são características da nacionalidade, tema central do movimento de saneamento rural, que alcançou seu apogeu entre as elites intelectuais brasileiras no final da década de 1910 (TRINDADE, 2013). A mesma autora complementa: “*o mais importante é perceber como a adoção da perspectiva médica adotada ao se olhar para os sertões brasileiros transforma-se numa questão da cultura e da política compartilhada por diferentes intelectuais e outros atores sociais*”. (TRINDADE, 2013, p. 146).

Sem dúvida as influências dessas ideias foram amplas e difusas na construção da própria ciência e da forma de fazer política voltada para o campo, e são frutos do imaginário social construído pela própria mão da ciência, desde sempre elitizada no Brasil, do mesmo modo que a própria democracia representativa brasileira, o que não se tem a pretensão de debater aqui. Atenho-me, portanto, a lançar o olhar sob a perspectiva do desenvolvimento em relação ao rural.

O rural gaúcho tem sua própria história, que se fez em paralelo com a modernidade na América Latina descrita por José de Souza Martins. Um livro de fotografias sobre o rural gaúcho, editado na década de 1970, é extremamente instigante para se pensar sobre o rural a partir de sua conformação histórica. Em um trecho dessa obra lê-se:

Foi tão significativa a época afamada como a “euforia da soja” que até surgiram orações, por este Rio Grande [do Sul] afora, elevando o grão da leguminosa à categoria de santa. O colono, até então conhecido apenas pela imagem superficial de um matuto impagável, ganhou novas representações, mudou seus hábitos, comprou televisão e carro do último tipo. Era o famoso milagre da agricultura de exportação. De repente, este castelo de ilusões tombou. Dedicando-se à monocultura, o agricultor deixara de cultivar muitos produtos de subsistência, sendo obrigado a gastar muito em supermercados.

[...] o colono foi voltando à realidade: estava endividado, tinha contas a pagar nos supermercados, a soja não atingia preços extraordinários que se esperava, sua terra estava menos fértil graças a uma tecnologia que só visava à produção intensiva e até a sua vida estava ameaçada pelo uso excessivo de defensivos agrícolas” (André Pereira, Santa Soja, 1979, s.p)

O fragmento transcrito narra como aconteceu, no Rio Grande do Sul, a introdução de monoculturas e como isto afetou a vida das pessoas que viviam nesse espaço. Esse trecho consta em um livro de fotografias que retrata “tensões, desesperança e impotência” (JONER; PEREIRA; JONER, 1979, s.p.) vivenciadas pelo agricultor gaúcho de subsistência. Mais que um livro documental sobre um momento histórico, ele propõe-se a ser um depoimento dos próprios agricultores em um momento em que a agricultura não cresceu; apenas a soja inchou as lavouras. Isso tornou a produção muito cara e inacessível para muitos agricultores. A proporção de máquinas por hectare, em 1948, era de 205 hectares/trator; em 1975 a relação já era de 31 hectares/trator¹⁶ (JONER; PEREIRA; JONER, 1979). Esse aspecto encarecia a lavoura, ou seja, para plantar o cultivo demandado pelo mercado o agricultor deveria ter um capital importante para investir em maquinários, agrotóxicos e também em expertise, pois seu saber baseava-se na subsistência. Isso também minimizava a demanda por mão de obra, deixando muitos agricultores sem trabalho. De acordo com Joner; Pereira e Joner (1979), houve uma importante migração dos pequenos agricultores rumo à periferia de Porto Alegre, capital do Estado, e também para o Norte do Brasil, visando à colonização da Amazônia.

Pensar sobre o quanto a introdução de signos da modernidade (a soja e os tratores) pode causar de pobreza, revendo-se o título de um dos capítulos do livro de Eduardo Galeano¹⁷ “*A pobreza do homem como resultado da riqueza da terra*”, e a aproximação entre o que se propõe como modernidade e como desenvolvimento é muito frutífero é importante adentrar no rural. José Eli da Veiga tensiona o conceito de desenvolvimento e, *in loco*, de desenvolvimento rural. Longe desse conceito ter uma definição universal, seu pluralismo remete aos diferentes interesses que se tem

¹⁶ Reconheço a importância da introdução de maquinários no processo de produção para a competitividade e facilitação dos meios físicos para tanto. O problema está na desvalorização do saber-fazer do agricultor tradicional e no rompimento de seus laços sociais e de apoio que lhe são impostos com isso, como acontece com a produção de fumo em que o ciclo de plantio e colheita é tão intenso e exigente em termos de tempo de trabalho e de força física que os agricultores perdem seus laços de amizade, ajuda e possibilidade de tempo dedicados ao não trabalho.

¹⁷ As veias abertas da América Latina.

sobre o rural, e aquele pensado para esse espaço é o que fez com que se transformasse o camponês em assalariado e, assim, não tivesse mais condições de comprar os alimentos que antes produzia (GALEANO, 2017). O desenvolvimento pode não ser facilmente conceitualizado, mas possivelmente visualizado na ampliação das possibilidades de escolha que não se restringem a modelos de automóveis ou canais de televisão, “*mas, sobretudo das oportunidades de expansão das potencialidades humanas que dependem de fatores socioculturais, como saúde, educação, comunicação, direitos e – last but not least – liberdade.*” (VEIGA, 2001, p.104). A inspiração de José Eli da Veiga, nessa citação, baseia-se em Amartya Sen (2010), o qual propõe o desenvolvimento como liberdades que os sujeitos podem desfrutar. Portanto, diz o autor, para se alcançar o desenvolvimento seria necessário romper com as fontes de privação de liberdade.

Os processos sociais globais imputaram ao rural profundas transformações, mas isso não implicou que esse espaço fosse uniformizado, mesmo frente à modernização da agricultura, à urbanização e à industrialização. Ainda que tivessem ocorrido mudanças nesse espaço não houve a perda de suas particularidades e diversidades. O agricultor ainda mantém laços sociais e simbólicos com a tradição camponesa (LEY, 2009). Além disso, as modificações no rural e em sua relação com a sociedade estão em constante transformação dadas as exigências de novas formas de organização para dar conta de demandas, inclusive as impostas pelo Estado. Contudo, também houve permanências ou adaptações no modo de vida e valores a serem considerados (MENEZES, 2006). Isso pode ser compreendido em paralelo à reflexão de que, no rural, há a constante resistência ao que a modernização traz de mais corrosivo e destruidor, não por restaurações de um mundo agrícola idealizado, mas por mediações constantes que oferecem possibilidades de superação e reinvenção de laços e relações (MARTINS, 2014).

Em relação à dicotomia urbano-rural, ainda é um recorte pertinente para que se possa analisar as diferenças espaciais e sociais das sociedades modernas. Essas diferenças não apontam “*para o fim do mundo rural, mas para a emergência de uma nova ruralidade*” (WANDERLEY, 2009, p. 205), revelando que, conforme diz Silva (2015), parcela significativa da população rural reside em áreas próximas às cidades, de modo que as pessoas residem no rural, mas não necessariamente dependem da produção agrícola para sua subsistência, implementando-se, assim, um novo dinamismo sustentável.

A população que vive no rural dinamiza a vida local em interação com o ambiente e com a vida social local, e também estabelece formas diversas de relacionar-se com a cidade e com a vida pública, excedendo o espaço local (WANDERLEY, 2004). Em etnografia realizada em uma comunidade do rural de Canguçu, que poderia ser considerada por Wanderley (2009) como um rural profundo no sentido de ter poucos recursos sociais e ser muito distante da sede municipal, Eliziane Ruiz (2013) constatou, de maneira singular, que o rural é buscado pelo urbano, demonstrando a interdependência entre ambos. A pesquisadora presenciou diferentes formas de comércio que se inseria na localidade vendendo os mais diferentes bens de consumo como roupas, pães, frutas, hortaliças e ração para animais.

As definições administrativas reconhecem o rural como aquelas porções de terra com uma pequena aglomeração de pessoas, com uma sociabilidade correspondente e onde predominam paisagens naturais. Mas, atualmente, o rural não é mais um espaço isolado do meio urbano, cada vez mais ele se insere na sociedade moderna e incorpora suas mais profundas influências, mesmo que de modo diferenciado (WANDERLEY, 2009). Mesmo que para alguns estudiosos e órgãos do governo seja difícil entender que no rural há setores secundários e terciários, é preciso visibilizar que existe uma organização social que extrapola a produção agrícola ou a agropecuária (VEIGA, 2001).

De minha parte, entendo que, sim. Cada localidade rural tem suas particularidades e diferenciações que lhe são próprias, mas para percebê-las é preciso olhar com sensibilidade e aproximação suficientes. Contudo não há mais abismos a separar as cidades do rural, porém há que se considerar que existe o território e as relações sociais que dão sentido aos diversos rurais. O território é um espaço determinado, cujos contornos são limitados por certo grau de homogeneidade e de integração, tanto em relação aos aspectos econômicos e físicos quanto à dimensão sociocultural, dinâmica interna e as redes de integração da população (WANDERLEY, 2009).

Há uma importante diversidade em relação à delimitação do que é o rural, para Wanderley (2009), essa demarcação de acordo com o País segue a ocupação territorial, a evolução histórica e a concepção predominante localmente. A autora diz que o meio rural pode ser caracterizado pelo habitar em um pequeno núcleo que aglutina residências e, também, instituições públicas — igrejas, cooperativas, escolas, serviços de saúde, dentre outras instituições. Assim, era conformado o rural que

encontrei em minha pesquisa referente ao Mestrado em São Lourenço do Sul, em 2012, um lugar rural com aglomerados que mantêm instituições públicas e privadas ligadas à vida local do homem do campo, que têm sentido em seu viver cotidiano, como uma cooperativa de laticínios, cartório, farmácia, funerária e mercearia (SANTOS, 2013). Esses recursos sociais, em meu entendimento, favorecem a fixação das pessoas no rural, oferecem aos seus modos de vida condições materiais, inclusive diminuindo os custos de estar no rural, porque não carecem se deslocar com frequência para acessar o que precisam.

Pensar sobre os territórios rurais gera a necessidade de integrar os elementos que compõem o espaço rural e deste com o urbano local e regional, no sentido de favorecer o desenvolvimento local e transpor as barreiras de isolamento que provocam a dispersão das pessoas e dos recursos (WANDERLEY, 2009). O rural é marcado pelas dificuldades que, apesar de fragilizá-lo, em função das dificuldades de acesso, especialmente a serviços públicos, ele é povoado por habitantes portadores de uma cultura “que dinamiza as relações sociais locais, e de uma grande capacidade de resistência aos efeitos desagregadores aos quais estão constantemente confrontados”. (WANDERLEY, 2009, p.90).

Na modernização dos espaços locais, o rural está assentado na crescente similaridade do acesso a bens materiais e sociais entre os habitantes do campo e da cidade, também no que se refere ao modo de vida, no sentido de que aquilo que ainda é percebido como padrão de conforto urbano é, da mesma forma, disponibilizado no rural. O viver no rural não está mais relacionado ao isolamento e à oposição ao urbano; o que se mostra mais evidente é que viver no rural é a escolha por um modo de vida (WANDERLEY, 2009).

Historicamente, a legislação brasileira privilegia a cidade em relação às funções político-administrativas, centralizando nela o poder público e serviços públicos e privados. De outro lado, no rural nem sempre há serviços essenciais, de modo que também as pequenas aglomerações nem chegam a estar inscritas na estrutura político-administrativa do país. Inversamente, no espaço rural do interior da sociedade brasileira, o povoamento é mais rarefeito e disperso em relação ao centro municipal. Existem nele apenas pequenas aglomerações, que não estão inscritas na estrutura político-administrativa, nem absorvem serviços essenciais (WANDERLEY, 2004).

O desenvolvimento pensado para o rural é aquele que “*alude à equidade e a padrões mais justos de redistribuição e de acesso a bens e recursos públicos*”, abrindo

caminho para que seja possível o exercício da cidadania e, até mesmo, da reparação de injustiças sociais que foram forjadas na história do que é o rural hoje (WANDERLEY, 2009, p.7). Isto está longe de se dizer que a forma como se deve alcançar a redistribuição deveria estar atrelada a produzir melhorias à condição de vida e produção de segmentos reconhecidos como pobres, mesmo que este seja o discurso de muitos meios formais de acesso à visibilidade política. O rural é uma multiplicidade de domínios, que vai além da produção agrícola e dos significados negativos que lhe são atribuídos. O desenvolvimento para “esse” rural é aquele que se propõe a reverter as desigualdades socioeconômicas a partir de intervenções articuladas em diferentes planos da vida social, especialmente voltadas para os modos de vida e as expressões de cidadania (NEVES, 2008).

A aproximação entre o setor saúde, o desenvolvimento rural e o território dá sentido à análise acerca das implicações do agir mediador promovido pelos profissionais da saúde (agentes do Estado). Se as intervenções promovidas pelo campo da saúde nos territórios são dissonantes no espaço vivido ou têm conotações que fragilizam as possibilidades de exercício de cidadania, parece-me que a ampliação do acesso aos serviços não garante a saúde como um direito, mas se torna como mais um dos condicionantes para manter a força de trabalho e, como uma doação mínima de direitos por parte do Estado. Por outro lado, para que a saúde seja um dos fatores que possa promover o desenvolvimento rural é preciso que se respeite as identidades cingidas em contextos locais muito específicos e, ao mesmo tempo, diversos, ou seja, que as políticas públicas que atuam em nome do campo da saúde sejam fonte de valorização e visibilidade social.

7. O ENCONTRO ENTRE O RECONHECIMENTO E A SAÚDE COMO UM DIREITO DE CIDADANIA EM UM CONTEXTO RURAL

Algumas considerações são importantes para aproximar os elementos teóricos e conceituais que apresentei anteriormente, dos quais veio o substrato necessário para que eu conseguisse expressar com um pouco mais de clareza as ideias que eu venho a defender. A seguir, apresento as linhas gerais que norteiam a construção da pergunta de pesquisa, sem ordem de relevância, mas seguindo a construção intelectual que fiz, incluindo, após, alguns conceitos que julgo relevantes.

A partir do referencial teórico utilizado nesta tese sobre a noção do que é público, enquanto um espaço ocupado por sujeitos que o assumem enquanto seu, um espaço onde é compartilhado um status de igualdade, compreendo que é possível que ali se exerça a cidadania ao nos mobilizarmos em torno de interesses que de alguma forma dizem respeito àquilo que é comum. Ainda, penso que é nesse espaço que há a possibilidade de conformarmos uma esfera pública que seja porosa à construção de um lugar comum, com interesses comuns, que possam ser legítimos e válidos junto ao Estado.

Por outro lado, é importante mencionar que o Estado não é uma entidade abstrata, mas uma instituição que se utiliza de seu poder político de forma seletiva, inclusive havendo um crescente desgaste do equilíbrio entre o sistema político representativo e a formação da vontade democrática. Entretanto, no ideal de democracia, o Estado de direito deve exercer a função que lhe foi imposta de proteger e ampliar uma esfera pública de formação da vontade democrática, tendo-se na participação dos cidadãos a defesa da cidadania. Mas, a cidadania não é um processo natural ou de fácil acesso para os indivíduos, sua garantia é uma luta cotidiana, não apenas por direitos, mas pelo respeito às identidades dentro de uma comunidade de valores, que indicam aquilo que é relevante para ser atendido.

A saúde adentra este debate como um lembrete de que, este direito assentido para aqueles que compartilham determinado *status* de igualdade foi uma conquista alcançada na demarcação do final de um período de intensa repressão política e perda de direitos, que por meio do movimento denominado como Reforma Sanitária inseriu a saúde na esfera dos direitos assegurados pelo Estado. Entre os direitos garantidos formalmente e os conflitos implícitos à sua efetivação no cotidiano das práticas sociais, há determinada formalidade garantida que nos dá condições de sermos cidadãos, tendo em vista que, este direito é garantido constitucionalmente pelo Estado, ou seja, a saúde é um direito de todos e dever do Estado - e o SUS, enquanto política pública, foi construído nesse sentido.

Por outro lado, é importante pensar que, a formalidade instituída sobre o direito à saúde não deveria se reduzir ao campo jurídico, mas incluir de forma transversal o conteúdo da participação, isto que no meu entendimento precisa cotidianamente se estabelecer a partir de atitudes democráticas. Essas atitudes não deveriam estar circunscritas a espaços deliberativos institucionalizados, como os Conselhos de Saúde, mas se dar nos espaços de sociabilidade, o que poderia ter a potência de

garantir a legitimidade da ocupação dos espaços públicos pelo público, por aquilo que é comum¹⁸.

Nesse processo de formalização da saúde como um direito, tem-se tem a figura do profissional enquanto um representante do Estado que participa dos processos de implementação das políticas e programas de saúde. A participação dos profissionais na formalização dessas políticas dá a eles determinada margem de liberdade em deliberar em relação a elas, tendo em vista que são colocadas em execução no cotidiano das práticas em saúde, na relação com o usuário. Deste modo, entendo que os serviços de saúde são instituições públicas dentro dos aparatos do Estado que tem a potência de se conformarem como espaços públicos porosos a formação de arenas de participação pública.

Ao encontro do exposto anteriormente, entendo que o nó emergente disso é que, o agir mediador do profissional que executa as políticas públicas tendo como horizonte normativo a concepção de que a saúde é um direito estrito do campo jurídico indica que, provavelmente, ele não esteja atuando na construção de espaços para o exercício da cidadania. No sentido de que, se ele não simboliza que é um ator da ação da política pública, um cidadão que tem um papel dentro do Estado, estamos limitando muito as margens para que se constituam espaços públicos recheados de interesses comuns, nos aproximando daquilo que Honneth menciona como uma esfera pública preenchida por espaços vazios. Compreendo que, ali não há a constituição de um espaço público que possa congrega o interesse público pela saúde, não há o exercício da cidadania, destituindo a possibilidade de reflexão, de respeito e construção de identidades, de biografias, de desejos e projetos de vida que tenham o campo da saúde como uma via de fomento e não de fragilização.

As lutas pela garantia de direitos se dão cotidianamente no plano das relações intersubjetivas, não com o caráter de embate entre os sujeitos envolvidos na ação, mas pela mobilização formada pela necessidade que os sujeitos têm de alcançar

¹⁸ A ideia do comum aqui parte da referência em José de Souza Martins daquilo considerado como o senso comum. Este que é comum não porque seja banal ou conhecimento exterior, mas o é porque é conhecimento compartilhado entre os sujeitos da ação social. Nela o significado a precede, haja vista que é condição de seu estabelecimento e ocorrência, sem compartilhar de significado não há interação. O significado é experimento reciprocamente, não é imposto, não é copiado, eles são reinventados continuamente. “O senso comum decorre da partilha entre atores” (MARTINS, 2012, p.57).

visibilidade, ter assentido o valor que creem ter. Mendonça (2009, p.147) explicita o sentido da luta na epistemologia do Reconhecimento:

Admitir que se trata de uma luta é assumir que o reconhecimento não pode ser concedido, alcançado ou doado. O reconhecimento não está restrito a fins específicos, nem é limitado a conquistas na esfera de direitos garantidos pelo Estado. Ele não é um prêmio final que liberta grupos oprimidos. A luta por reconhecimento pode ter muitas manifestações diferentes, na medida em que ela não é nada mais do que um processo permanente em que a sociedade reflexivamente se transforma e altera padrões de relação social.

Ainda, por meio da democracia, quando estabelecemos a saúde como um direito de cidadania e, por conseguinte, assentimos as condições para sermos cidadãos dentro da sociedade brasileira, o que propõe o SUS, estamos todos nos incluindo como atores importantes na ação de uma política pública. Como diria Philippe Chanial (2004), mencionar que um direito é de todos e todos os direitos devem ser para todos e por todos, como no caso da saúde, parte da ideia de construção de um espaço em que vale o esforço de empreender lutas públicas em prol de interesses comuns. A noção de direito explorada aqui permite dizer que, a saúde é um direito não limitado pelo campo jurídico, a saúde não é um bem, não é um serviço e, muito menos, não é mercadoria, mas aquilo que alcançamos por meio de lutas empreendidas contidamente e que depende do esforço coletivo pela ocupação de diferentes espaços por interesses comuns e pela construção de relações sociais mais solidárias.

Aqui é importante dizer que, não necessariamente alcançamos direitos por meio da democracia, pensando que, o acesso a direitos, luta por direitos e cidadania são movimentos que se potencializam e agregam, mas não são a mesma coisa (CHANIAL, 2004). A cidadania, como eu já mencionei anteriormente apoiada na concepção de Marshall, não é somente um *status* jurídico, aquilo que eu alcanço pelo simples fato de ser aceito em determinada sociedade. Honneth (2015) ao reconstruir normativamente as possibilidades de exercício da liberdade social na esfera do Estado nos diz que, a lição central que podemos tirar com as lutas sociais e políticas empreendidas historicamente é que, não alcançamos nossos direitos individuais de expressar nossa opinião e participar politicamente “[...] se a *garantia constitucional desses direitos é condição necessária para poder participar do processo democrático [...]*” (p.554), mas, sim, do compartilhamento de um espaço que possa dar vazão a interesses comuns.

No dizer de Chanial (2004), sob uma perspectiva mais participativa da democracia, é preciso que se tenha uma visão mais ativa da cidadania, olhá-la sob sua dimensão política, pois não é porque se generalizam direitos que se tem a cidadania garantida e os compromissos cívicos reforçados. Portanto, não é porque se participa de uma sociedade que se é cidadão. Assim, quase em contrapartida a essa concessão de direitos, os indivíduos se fecham em sua esfera privada, gerando consigo o desinteresse pela coisa pública (CHANIAL, 2004).

Neste sentido, para Honneth (2015), o compromisso público vem da necessária solidariedade cidadã, que deve ser fomentada por uma cultura política que alimente esse sentimento, que possa fomentar o compromisso dos cidadãos, pois disso vem o acionamento da vida pública. As pessoas, apesar de estranhas entre si, precisam ser conscientes do que têm politicamente em comum. Do contrário, é possível que a esfera pública seja um espaço vazio, não utilizado por seus membros para expressar suas opiniões. No entanto, este mesmo autor, diz que “*o coletivo da autolegislação pelos Estados nacionais já há algum tempo não coincide com o círculo dos realmente afetados pelas decisões políticas*” (580), e a formação de uma vontade pública carece de energia e de disposição solidária para fazer frente aos efeitos da crescente estratificação e da fragmentação do que é público. Disso emerge todo o tipo de sofrimento e exclusão, pois uma sociedade sem cidadãos depende sempre das burocracias do Estado e se coloca a mercê dos interesses econômicos do mercado (CHANIAL, 2004).

Ainda, partindo do entendimento de que participar da esfera pública requer que se tenha visibilidade e que o Reconhecimento é visibilidade social, é importante ter em mente o necessário atendimento das esferas do reconhecimento para que os indivíduos fortaleçam suas capacidades de participar da vida pública, possibilitando-lhes serem pessoas dignas de valor, alcançando autoconfiança, autorrespeito e autoestima. Por outro lado, quando desrespeitadas essas capacidades, o sentimento de vergonha e de desvalorização lhe imputam a perda do sentido da sua inserção no tecido social, o que é perigoso para sua identidade e para o seu próprio convívio em sociedade (HONNETH, 2003; 2006). Seguindo essa linha de argumentos, para Honneth (2014) os membros de uma sociedade reúnem motivação suficiente para atender suas tarefas e suas responsabilidades socialmente necessárias e “[...] *uma vez cumpridas satisfatoriamente as obrigações vistas à luz dos parâmetros estabelecidos, oferecerem-se mutuamente reconhecimento e respeito*” (p. 157). Por

outro lado, sempre que os participantes acreditarem que estão sendo menos valorizados ou desrespeitados haverá a conformação de formas de resistência que se transvestem em conflitos sociais.

Pelas reflexões empreendidas até esse momento, fui levada a pensar também nos espaços de sociabilidade que se constituem nos interstícios, entre o Estado e os grupos, entre as políticas e os indivíduos. De modo a trazer para o debate, os espaços de sociabilidade e o conteúdo das relações intersubjetivas que se constituem a partir do agir mediador disparado pelos profissionais da saúde que atuam no rural, entendendo que aí se instituem subsídios para pensar as especificidades das políticas públicas. Estas que impõem atravessamentos na organização social, mas que pela lógica institucional tem as relações intersubjetivas invisibilizadas, apesar de todos os efeitos que provocam na conformação dos espaços públicos. O agir mediador está inscrito no campo da ação social, ele detém a potência de fortalecer a dignidade humana e dar visibilidade social aos indivíduos, acredito que em seu conteúdo há pistas que contribuem para a compreensão das esferas do Reconhecimento, estas que estão imbricadas nas relações intersubjetivas que se estabelecem cotidianamente nos serviços de saúde.

Partindo do que apresentei, faço a aposta de que, buscar a compreensão de como se dá a relação entre profissionais e usuários que estão em busca da garantia de seus direitos é uma frutífera possibilidade de entender quais os valores e normas balizam o agir mediador do profissional, tendo como horizonte o Reconhecimento em um contexto que é o rural. A escolha pela análise do agir mediador em um serviço de saúde que atende residentes do rural é uma possibilidade de transitar pelas diferentes formas de sociabilidade que se constituem e compreender o contexto, a dinâmica e as implicações das relações que se instituem e analisar os desdobramentos relativos às autorrelações práticas (autoconfiança, autorrespeito, autoestima) geradoras de diferentes formas de construção de espaços públicos e visibilidade social.

A segunda aposta é de que o profissional da saúde é um ator importante para a constituição de uma vida pública no campo da saúde, ao ocupar a esfera pública pelo exercício da cidadania na luta pelo direito a saúde. Portanto, torna-se importante compreender as relações intersubjetivas que são demarcadas pela gramática moral do Reconhecimento, pensando que ele é tão cidadão quanto o usuário que atende quando está agindo na lógica da atenção em saúde. Logo, o agir mediador que nos interessa aqui são suas ações, que podem potencializar (quando atua na conformação

de autorrelações práticas) ou enfraquecer (quando atua nos domínios negativos) a visibilidade social dos indivíduos na produção da saúde enquanto direito de cidadania.

Por conseguinte, este estudo defende a tese de que, o alcance do espaço público se dá quando os sujeitos se vêm reconhecidos como integrantes dignos de valor em relações intersubjetivas, constituindo uma vida pública capaz de promover a saúde como um direito de cidadania, respeitando-se as identidades e atuando em nome do campo da saúde como fonte de valorização e visibilidade social. As estruturas que compõem as esferas do Reconhecimento nos dão condições de refletir acerca das formas de pertencimento daqueles que estão em interação, tendo no agir mediador do profissional de saúde a constituição de espaços públicos que podem fomentar a dignidade e solidariedade em um coletivo de valores na esfera pública, o campo da saúde. E, o profissional da saúde em seu agir mediador constitui espaços de sociabilidade importantes para defender a saúde como um direito de cidadania. E, tendo assentido seu valor como sujeitos membros de uma comunidade os profissionais, assim como os usuários, identificam-se como cidadãos.

Assim, a pergunta central que mobilizou a curiosidade e busca de um empírico que pudesse dar alguns substratos que trouxessem elementos para dar seguimento as reflexões trazidas anteriormente foi: Quais os valores e normas sustentam a implicação do profissional em saúde no agir mediador, a partir de seu contexto e dinâmica, que tem a potência de estimular estes atores a lutarem publicamente pela saúde como um direito de cidadania?

A partir desses apontamentos, surgem dessa problematização, algumas reflexões e perguntas norteadoras:

I - Considerando-se que o agir mediador toma forma em determinado contexto, sendo por ele influenciado, mas, também, influenciando-o, questiono sua conformação:

Qual o contexto e atores envolvidos no agir mediador?

Como se dá a constituição de espaços e biografias dos envolvidos no agir mediador?

Quais as normas e valores implicados no agir mediador?

Quais são as formas de sociabilidade que se constituem deste contexto?

II- Ponderando que, os sujeitos estão em relação uns com os outros, como é a dinâmica do agir mediador?

O que potencializa e/ou fragiliza o agir mediador do profissional da saúde?

Como se constitui os espaços de sociabilidade no espaço conformado no serviço de saúde?

Dito isso, o objetivo geral que foi traçado como um recorte empírico para esta tese:

Analisar a saúde como um direito de cidadania a partir do agir mediador de profissionais de saúde na conformação de espaços públicos, tendo como horizonte a Teoria do Reconhecimento de Axel Honneth.

Os objetivos específicos foram assim organizados:

- Analisar a constituição de espaços de sociabilidade no espaço conformado em um serviço de saúde.
- Descrever as formas de respeito e desrespeito vivenciadas pelos profissionais da saúde em cada uma das esferas do Reconhecimento.
- Descrever os efeitos das formas de fomento ou violação das esferas de autorrealização para a visibilidade pública.

PARTE II – A BUSCA E O ENCONTRO DE UM E COM UM EMPÍRICO















































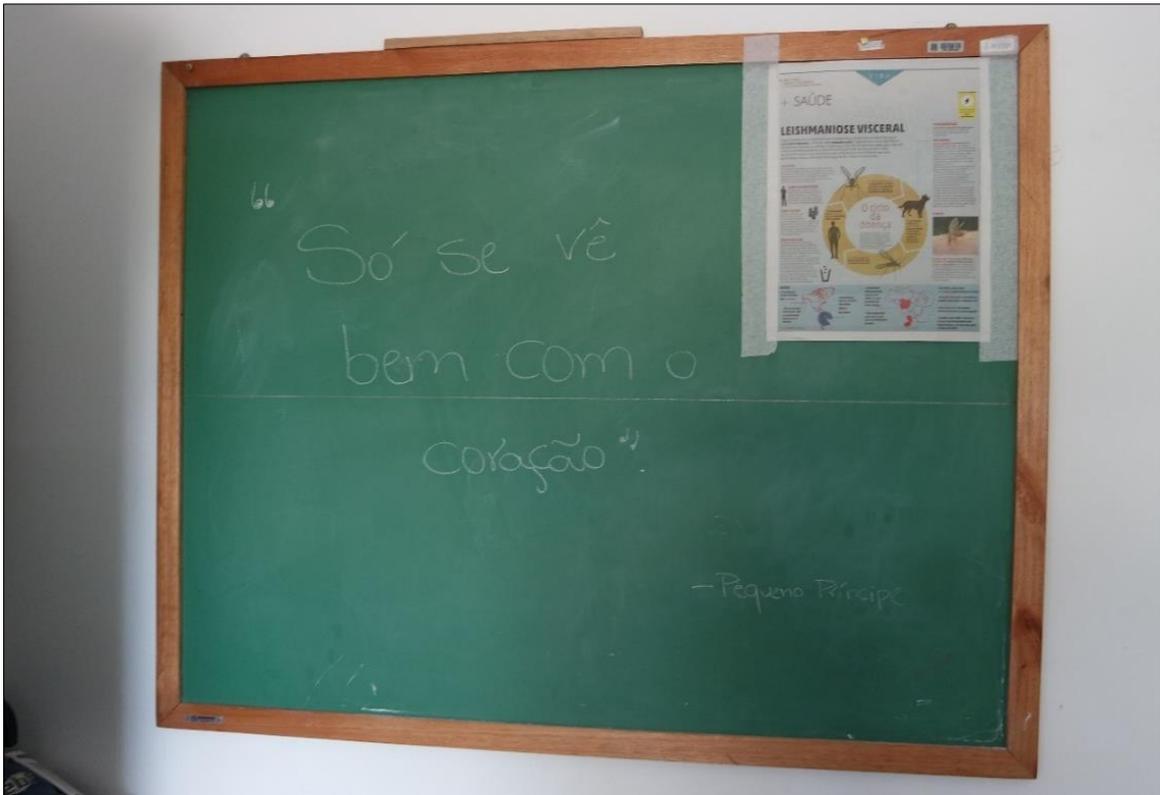


8 UM ENSAIO DO SAIR “DAQUI” E IR PARA “LÁ”

Tendo apresentado a narrativa visual que dá substrato para o referencial teórico e conceitual que contribuíram para a conformação da lente que utilizo para a apreensão do empírico, trago para o texto a construção do que seriam os referenciais metodológicos da pesquisa. Agora, na redação mais finalizada desta tese, talvez o termo metodológico não seja bem a transcrição dos modos de fazer, pois, em algum momento, o estar “fora” e “dentro” do campo empírico borrou suas margens, a forma como a compreensão do referencial teórico me afetou e os sentidos que a realidade ganhou geraram-me grandes inquietações. O rural — pano de fundo do emaranhado desta Tese — está colocado aqui como contribuição para o exame das interações, contexto e o diálogo com a teoria.

A primeira fotografia é o registro de uma anotação no quadro negro da sala de trabalho dos ACS, na unidade de saúde em que fiz as fotografias. A frase foi escrita por um dos trabalhadores. Nesta seção, na qual me esforço para traduzir o pensar com e por imagens, essa primeira imagem reporta-me à subjetividade envolvida no estar em campo, e também me questiona sobre o quanto é possível ultrapassar a dureza do método. A outra fotografia, me mobiliza a pensar sobre o movimento que se estabelece entre o pensamento e a imagem, e no quanto ela pode surpreender ao dar vazão a uma pluralidade de conhecimentos ao tocar o real (DIDI-HUBERMAN, 2012). Semelhante a essa imagem citada, faço o esforço de descrever a pesquisa aqui empreendida, de modo transparente, no empenho de mostrar tanto a encenação quanto os bastidores, no sentido de descrever o que deu “certo” e o que deu “errado”, confiando que fazer pesquisa nunca é linear; exige estratégias específicas.

Assim, indo ao encontro do título desta seção e da enunciação das fotografias, o lugar do qual olho hoje para o objeto de estudo a que me dedico é de quem vivenciou a experiência completa do campo empírico. E, como sugere a próxima fotografia, só vemos bem, quando nos deixamos afetar por aquilo que olhamos, assim fazer um etnografia é, também, deixar-se afetar pelo empírico, fazer parte, mais do que entrar em campo.





Estudar o Reconhecimento nas tramas dos conteúdos da mediação, as relações intersubjetivas, ganha sentido ao se analisar o rural enquanto um espaço privilegiado de produção de modos de vida, suas ruralidades, nas palavras de Ricardo Abramovay (2003). O rural compôs parte de minha infância, e foi nesse espaço que produzi minha dissertação de mestrado e dei início às reflexões aqui apresentadas. Também é no rural que o grupo de pesquisa em que me insiro —Grupo de Estudos em Saúde Coletiva (GESC/UFRGS) — tem desenvolvido pesquisas inéditas e inovadoras, aproximando a saúde e o desenvolvimento no rural. Em parceria com minha orientadora, já me posicionei publicamente sobre minha interpretação acerca do rural enquanto um espaço de vida, para além de um espaço produtivo que “*demandava outra postura por parte do Estado e de seus representantes para atender a estas especificidades. Não seria diferente para o próprio sistema de saúde*”, porque a produção de necessidades em saúde e a busca pelo atendimento formal desses serviços ocorrem de acordo com especificidades locais tecidas pela conformação sociocultural (SANTOS; GERHARDT, 2015, p. 1167). Mas há que se considerar que o estigma construído historicamente em torno do rural gerou não só barreiras ao

desenvolvimento, pois, conforme Di Leo e Pinheiro (2017), o estigma traz consigo limitações epistemológicas e políticas entre os sujeitos e as instituições do Estado.

8.1 Um rural de Gravataí que se chama Morungava

A escolha do Município para a realização desta pesquisa está imbricada a um estudo maior, intitulado “Doenças Crônicas Não Transmissíveis e o Planejamento em Saúde: os desafios da Região Metropolitana de Porto Alegre/RS”, financiada pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Rio Grande do Sul (FAPERGS) sob edital FAPERGS/MS/CNPq/SESRS n. 002/2013, com aprovação no Comitê de Ética da UFRGS com nº CAAE: 1 91 7831 3.8.0000.5347. Cabe ressaltar que os dados que contribuíram para a construção deste estudo (referentes a informações provenientes de entrevistas, fotografias, dados secundários) que se referem a pesquisa maior tem autorização cedida pela coordenadora da mesma, conforme consta no Anexo A.

Ao meu interesse em fazer pesquisa com o rural, inserção que tenho desde o Mestrado, somou-se à oportunidade de desenvolver um estudo que, de algum modo, utilizasse a apropriação do que eu já possuía em relação ao campo empírico dos seis Municípios da Região 10 do Estado. Essa região é composta pelos municípios de Alvorada, Cachoeirinha, Glorinha, Gravataí, Porto Alegre e Viamão. Nessa inserção, entre os anos de 2014 e 2015, fiz permanentes incursões nos Municípios que compõem a área empírica do projeto maior, realizei entrevistas junto aos Secretários Municipais de Saúde, coordenadores da Atenção Básica e profissionais da Rede de Atenção em Saúde, inclusive do rural.

Nessas idas e vindas, alguns relatos dos gestores e demais profissionais entrevistados emergiram como uma constante nos municípios: as dificuldades que têm em relação aos encaminhamentos de usuários para receber atendimento nos níveis de atenção de média e alta complexidade. Para os entrevistados, isto está relacionado à alta demanda por serviços especializados e poucos equipamentos de diagnose e terapia do SUS implantados nos municípios, ou seja, há uma baixa capacidade instalada de recursos tecnológicos, assim as filas de espera têm aumentado de maneira expressiva, tornando cada vez mais restrito o acesso da população aos serviços (ROESE; SANTOS, 2015; SANTOS et al, 2016).

O tema acesso a serviços de média complexidade, ou especializados, tem sido apontado como uma das maiores dificuldades para a concretização do princípio da integralidade. O Ministério da Saúde vem afirmando, repetidamente, a AB como porta de entrada do sistema, entretanto, os sistemas municipais de saúde pautados nesse nível de atenção precisam ter como retaguarda a estruturação do sistema como um todo, o que é a aposta das Redes de Atenção em Saúde (RAS), juntamente com os demais níveis de atenção. Assim como a resolução do problema do subfinanciamento das ações e serviços sob a égide do direito público do sistema e a própria retração deste tipo de administração dentro do SUS (SPEDO; PINTO; TANAKA, 2010), situações que distanciam cada vez mais os ideais da Reforma Sanitária em fazer com que a Saúde seja um direito de todos.

Essas são demandas complexas e difíceis de serem atendidas. E a garantia da saúde como um direito está imbricada em uma diversidade de fatores que dependem das dinâmicas que a organização social impõe. Especialmente ao se considerar que os usuários têm como objeto de desejo o acesso à média e alta complexidade, pois esses níveis de atenção indicam a possibilidade de acessar consultas com especialistas, exames diagnósticos e tratamentos de maior custo econômico. Outra questão que se soma, como aponta Cecílio et al. (2012), é o desconhecimento acerca dos fluxos de encaminhamentos por parte dos usuários, e também o sentimento que têm em relação à impotência dos profissionais quanto ao acesso deles a esses níveis de atenção. *“A UBS serve como observatório das dificuldades de acesso aos serviços de média e alta complexidade, nem sempre conseguindo ser o ponto de apoio quando se trata de alcançar outros níveis do sistema de saúde”* (CECÍLIO et al., 2012, p.2900).

A centralidade na Atenção Básica, no plano normativo de organização do SUS, está relacionada à constituição histórica do modelo de atenção campanhista voltado ao atendimento de doenças agudas. O fortalecimento desse nível de atenção foi o caminho encontrado para qualificar as ações e serviços de saúde, com o intuito de atender as áreas prioritárias e solucionar problemas de saúde de acordo com especificidades locais. Em 1994 surgiu, no Nordeste brasileiro, o programa de Saúde da Família, em que um dos objetivos era oferecer emprego para mulheres de famílias de baixa renda, mostrou-se ferramenta importante para a articulação entre as comunidades e o Sistema de Saúde, passando a ser denominado Estratégia Saúde

da Família (ESF)¹⁹. Essa ação também foi impulsionada pela pressão internacional por Políticas de Saúde mais eficazes envolvendo a Atenção Básica, o perfil epidemiológico brasileiro em transição para a alta prevalência de doenças crônicas, as experiências de modelos inovadores pontuais, e a existência de vazios assistenciais no território brasileiro (ANDRADE; BARRETO; COELHO, 2013). Esses são alguns dos motivos para que a atenção, de forma programática e centralizada na família, fosse adotada como estratégia estruturante do modelo de atenção em saúde no Brasil (CECÍLIO et al., 2012). Por se tratar do rural, persistiam vazios assistenciais importantes nos rincões do País, somando-se a isso a característica desse espaço: apresentar grandes distâncias a serem percorridas pelas equipes e usuários em busca de oferta e acesso aos serviços de saúde (OLIVEIRA et al., 2015; GALVÃO et al., 2015; UCHOA et al, 2011; PERETTO et al, 2011).

Na tentativa de encontrar um município que pudesse ser interessante para estudar questões relacionadas ao rural e à saúde acessei os dados gerados pela pesquisa maior, já mencionada. Então, constatei que o município escolhido para a realização da pesquisa empírica, além de apresentar um quantitativo importante de hipertensos e diabéticos vivendo no rural, dos municípios da Região abrangidos pela pesquisa inicial era o único que possuía uma organização administrativa para atender o rural. Esse município se organiza em quatro gerências: a do Centro, Sul, Norte e Rural. Na gerência do Rural existem sete ESF para atender uma população de, aproximadamente, 40 mil habitantes, de acordo com dados cedidos pelo Departamento de Atenção Básica do município.

A figura a seguir ilustra a distribuição das ESF no rural de Gravataí. O serviço que estudei está situado à direita, no canto mais alto da imagem: Unidade de Saúde da Família (USF) Morungava.

¹⁹ Desde sua experiência exitosa da década de 1990, a Estratégia Saúde da Família (ESF) vem sendo implementada de forma substancial no território brasileiro, havendo uma considerável expansão de cobertura populacional, associada à melhoria da renda, da qualidade de vida e municipalização dos serviços de saúde, acarretando a melhora dos indicadores de saúde. Essa é uma estratégia de mudanças no modelo de atenção em saúde e do enfrentamento das mais diferentes desigualdades que as pessoas vivenciam (ANDRADE; BARRETO; COELHO, 2013).

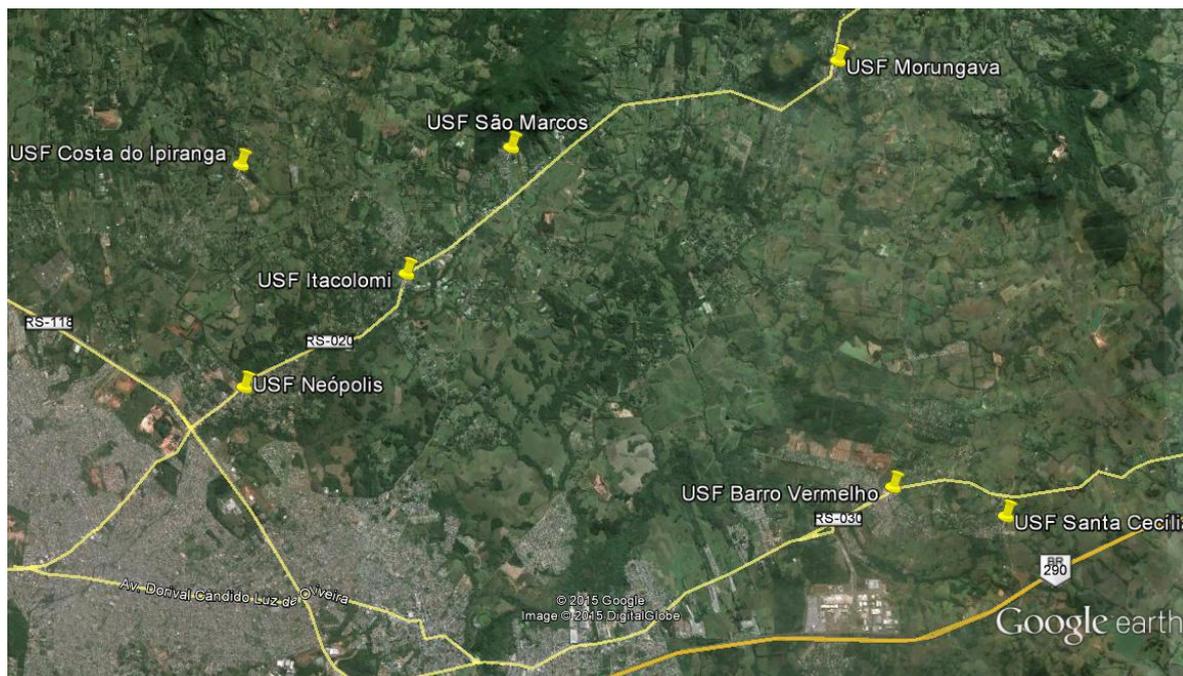


Figura 1 Espacialização das ESF no rural do Município de Gravataí

Fonte: Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (CNES), 2015.

A localidade na qual realizei a pesquisa foi escolhida por indicação da Coordenação da Gerência das ESF do Rural. Em função de minha inserção no projeto de pesquisa maior, antes de compor o projeto de tese eu já conhecia os coordenadores dos serviços de saúde do rural, portanto, eu já sabia quem era a pessoa que deveria procurar quando chegasse ao rural. Morungava se situa às margens da ERS-020, permitindo-me relativa facilidade de deslocamento até lá. Embarcaria em um ônibus em Porto Alegre, depois de me deslocar em torno de uma hora desceria na parada próxima ao serviço de saúde, e depois de uma curta caminhada chegaria à Unidade de Saúde da Família (USF), localizada próximo a estrada. O serviço de saúde que escolhi mescla a configuração de um rural que detém espaços com maior aglomeração de ocupação humana, inclusive com comércio, e espaços com menor aglomeração, o que Silva (2001) denominou de rural profundo, que atende mais ao mito de um rural relacionado à agropecuária e com grandes distâncias entre os aglomerados urbanos.

A narrativa visual apresentada no início desta Parte II tem com o intuito de oferecer ao leitor um panorama do rural do qual estou falando. O referencial conceitual descrito anteriormente, especialmente nas palavras de Maria de Nazareth Baudel Wanderley, nos enseja a necessidade de refletir sobre a conformação do rural e seus

processos sociais. A localidade de Morungava fica à margem da estrada RS 020, de ambos os lados, como os moradores costumam dizer “inicia da 89 [*parada de ônibus*] e vai até a104. Segundo um dos moradores mais antigos, que mora em frente a ESF, Morungava teve sua fundação marcada pela construção de uma das Igrejas Católicas da localidade, por volta de 1919. Mas, a aglomeração de moradores iniciou com a instalação de um posto de gasolina para abastecer os caminhões de madeira de São Francisco de Paula, da zona da Serra, para Porto Alegre. Foi nesse momento que surgiu a primeira churrascaria de espeto corrido entre Porto Alegre e Taquara, rota para dois dos principais pontos turísticos do Estado, Gramado e Canela. Estes comércios encorajaram outros moradores a montar seus próprios negócios, como padarias, quitandas, fábrica de móveis rústicos que aproveitava a rota da madeira, a empresa municipal de ônibus, até a instalação de uma subprefeitura, dos correios, de um cartório, uma unidade da Brigada Militar e um serviço de saúde. Ainda segundo as informações deste meu informante, desde sua fundação alguns moradores de Morungava trabalhavam noutros Municípios, inclusive em Porto Alegre, utilizando-se do transporte intermunicipal. Depois, com os loteamentos promovidos pela Prefeitura muitas famílias migraram para esta localidade, construindo o pequeno aglomerado central, mas ainda mantendo uma extensa área rural mais afastada da RS-020.



Figura 2 Trajeto até Morungava, saindo de Porto Alegre, RS.

Fonte: Google Maps, 2018.

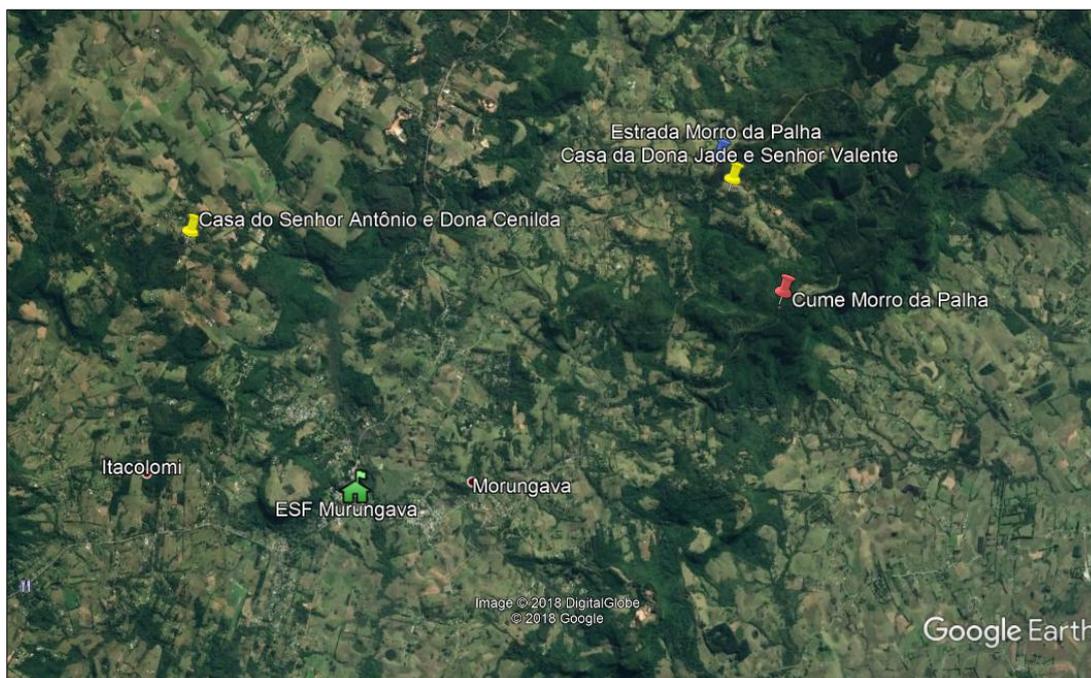
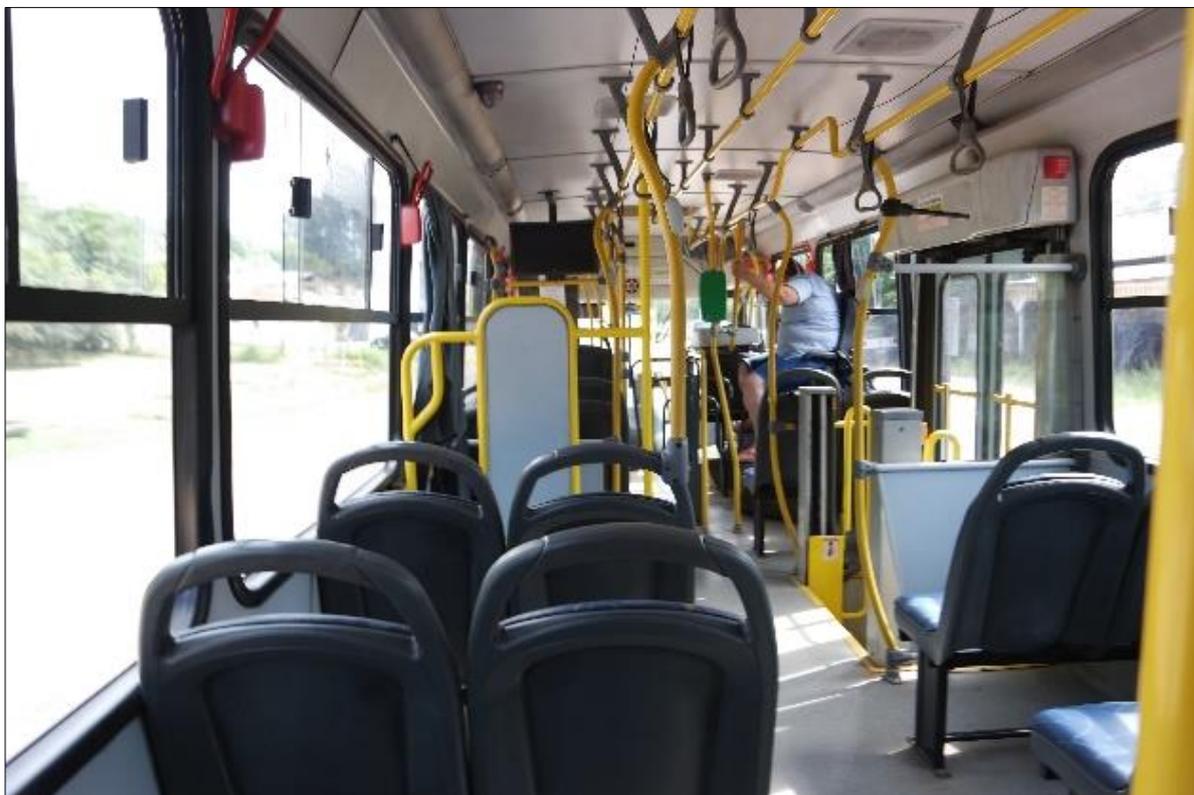


Figura 3 Distancias em Morungava.

Fonte: Google Earth PRO, 2018.

Um passeio pelo coração de Morungava de ônibus.









8.2. Uma experiência etnográfica no rural: quem olha, olha de algum lugar

Partindo da compreensão de que o fazer deste estudo é mais circular do que uma trajetória linear, apesar do esforço em dar um contorno compreensível para os leitores ou expectadores visuais na defesa do meu olhar sobre o tema que estou investigando, demarco, logo de início, que não tenho a pretensão de enquadrar a análise em algum “jeito de fazer”. Por outro lado, tenho ciência de que ela começou a se constituir desde o momento em que me aproximei do empírico. Inclusive, durante a redação da descrição do campo a análise foi emergindo. Conforme indica Geertz (2015), a análise não deixa de ser uma experiência moral, no sentido de que ela toma seus primeiros contornos quando se está em contato com os detalhes do cotidiano daquilo que é diferente, de um “outro” que se apresenta para nós. A minha experiência de encontrar no empírico, naquilo que tem materialidade, as possibilidades de “ver”, de algum modo, a construção teórica abstrata que percorri, além de dar consistência à teoria, foi a oportunidade para que essa construção ganhasse sentido para mim. Isto foi um passo rumo à irremediável inquietação de tomar posição informada diante do mundo e da experiência do cotidiano.

Inicialmente, apresento os referenciais metodológicos da pesquisa que foram importantes para apreender o empírico e para que eu pudesse tomar uma posição diante do referencial teórico conceitual que apresentei anteriormente. Depois, reconstruo a trilha que percorri para chegar à análise dos dados produzidos com a pesquisa de campo. A elaboração do percurso metodológico ocorreu em função do objeto de estudo. Ao longo da ação de escrever a argumentação teórica e conceitual emergiu a demanda justamente pela tessitura de uma abordagem metodológica que buscasse reflexividades mais sensíveis e situadas em um contexto local e singular (GEERTZ, 2015), como é o rural. Disso surgiu o interesse em empreender uma pesquisa de cunho etnográfico, com a intenção de utilizar fotografias para a produção de narrativas que indicassem os espaços e situações envolvidas na ocupação de um espaço público e no estabelecimento de relações intersubjetivas.

A orientação etnográfica está embasada na leitura de Clifford Geertz (2015), inspirado na compreensão de que o método etnográfico exige o estar situado em determinado contexto, conversar com o outro buscando entender qual a importância de determinado fato, situação ou condição para si. Também se volta para o que está sendo transmitido com a ocorrência e com o agenciamento de determinado fenômeno,

daí a concepção de que muito mais do que falar em nome do fenômeno é preciso conversar com aqueles que o vivenciam (GEERTZ, 2015). Ainda a respeito disso, a etnografia não se constitui pelas técnicas e a definição *a priori* de processos de pesquisa, porque é uma atividade que demanda o estabelecimento de relações, seleção de informantes, transcrição e análise de textos, levantamento de genealogias, mapeamentos de campo, uso do diário de campo, e assim por diante, na reconstituição do campo empírico e das análises. O esforço intelectual do pesquisador, portanto, tem papel fundamental na definição desse empreendimento (GEERTZ, 2015).

A imagem fotográfica está colocada neste processo como um elemento que amplia e enriquece as informações que o pesquisador pode dispor para reconstruir e interpretar determinada realidade social (MARTINS, 2013). Ainda como um importante potencial narrativo e na composição de textos visuais, além de uma nova forma de escritura na linguagem interpretativa (ACHUTTI, 2004). O uso da fotografia, no campo da Enfermagem, em pesquisas qualitativas, está se estabelecendo de modo progressivo, sendo considerada uma estratégia inovadora para a coleta de dados relativos ao contexto em que os serviços de saúde se inserem e também aos elementos do processo de trabalho dos profissionais, mas ainda pouco difundido (MELLEIRO; GUALDA, 2006; RADUENZ et al., 2010; MAGALHÃES; DALL'AGNOL; MARCK, 2013, LORENZINI et al., 2016). Associados à geração de dados buscam-se elementos do mundo vivido, os quais revelam o imperceptível ao se ouvir o que os sujeitos falam sem dizer (ROSSARI; MOTTA, 2009).

A geração de imagens, na condição de processo de fazer pesquisa, juntamente com as entrevistas e a observação, foi um processo que me mobilizou enquanto profissional da área da saúde, pois me considero fruto da formação que tive nesse campo. Essa caminhada exigiu-me a aproximação com referenciais da antropologia visual e da etnografia, fazendo com que a própria produção do conhecimento fosse um objeto de minhas reflexões enquanto doutoranda.

8.3 Nem arte, nem técnica: o esforço de olhar com e pelas fotografias

“nem tudo na sociedade é visível e nem tudo que é visível dá conta do que a sociedade é” (MARTINS, 2014, p.9).

Antes de iniciar a descrição do estar em campo, teço alguns apontamentos no sentido de justificar e situar a dimensão teórica e conceitual do uso das imagens na análise a ser empreendida. A fotografia se insere, nesta proposta, como um documento sobre o mundo visível, e, conforme Milton Guran (2012), a fotografia é mais do que ilustrar; ela tem o intuito de aprofundar o sentido de um texto, exige a imersão do pesquisador em dado tema. E o autor continua: “*ela [fotografia] descreve, representa ou até mesmo interpreta tudo o que pode ser visto e somente isso, ficando fora do seu alcance a apresentação de conceitos, ideias e processos de raciocínio*”. (p.64). Por isso, a necessidade de que ela seja uma construção que acontece no percurso do empreender a pesquisa.

A imagem fotográfica é um recurso que amplia e enriquece as informações que o pesquisador pode dispor para reconstruir e interpretar determinada realidade social (MARTINS, 2013); tem importante potencial narrativo, e na composição de textos visuais pode ser considerada uma nova forma de escritura na linguagem interpretativa (ACHUTTI, 2004). Mas também é importante dizer que existe determinada resistência à sua qualidade epistemológica, fato que está relacionado à construção dicotômica entre objetividade e subjetividade. Essa dicotomia faz parte da história da construção do conhecimento, pois os propósitos científicos sempre buscaram a precisão e a objetividade como meios privilegiados do saber, assim, a polissemia da imagem representava um empecilho para esse alcance. Desse modo, ainda se vivencia a compreensão de que a utilização de imagens em pesquisas, especialmente em campos nos quais o uso de palavras escritas já é demasiadamente complexo, é um desafio. Além disso, é preciso considerar as questões cognitivas postas aos pesquisadores e leitores quando a linguagem imagética é introduzida nesses campos (BARBOSA, 2014). José de Souza Martins (2013) diz que as ciências sociais se abriram à fotografia justamente no momento em que a crença em mecanismos sociais de prevalência do repetitivo ruiu, em crise, abrindo espaço para o transformador e o subjetivo. Desse modo, esse processo impulsionou a Sociologia contemporânea em busca do *fazer dos “sujeitos autores e protagonistas do imaginário social e das ordenações sociais”* (p.35).

Semelhante à linguagem escrita, na linguagem imagética são os seres humanos que fotografam ou escrevem, e todos são diferentes uns dos outros, evoluem em contextos e em épocas muito distintas, de modo que, além de dizerem muito sobre a escolha dos recortes para a construção da pesquisa, indicam os eixos

escolhidos para compor a interpretação que têm de determinado fato. Conseqüentemente, o recorte que se faz, a partir do momento da exposição escolhido, e as modelagens do instante são inerentes à fotografia e devem ser reconhecidos e respeitados enquanto contextualização da ação e da assimilação que se faz do tempo, do espaço e do que mais se fizer importante para a interpretação. Assim, a fotografia, ao longo do tempo, se tornou uma linguagem; não é o resultado de uma prática ingênua, mas resultado de um ato intencional que carrega consigo as marcas de seu autor (ACHUTTI, 2004).

A fotografia é um dos componentes do funcionamento de uma sociedade visual e dependente da imagem. Ela é a representação social e memória de fragmentos, “a fotografia tece uma história” (MARTINS, 2013, p.37). Porém a construção de sentido enfrenta um desafio, deixar de ser um espaço em branco para ser algo que tenha significação, que possa ser entendido e assimilado, para então cumprir sua função de colocar-se para o juízo e crítica de outrem (ACHUTTI, 2004). O termo (ou conceito) fotoetnografia é cunhado pelo professor Luiz E. R. Achutti como um espaço conquistado pela fotografia na antropologia, na condição de um meio de interpretação, de produção de ideias, de sentidos, para contar a história do homem e a vida no mundo contemporâneo. Assim, a fotografia insere-se na antropologia enquanto uma forma de enriquecer a própria antropologia> para o autor, trata-se da antropologia em imagens abordada a partir de técnicas que não têm o objetivo de fundar uma disciplina independente, mas de ter acesso a uma possibilidade maior de abordagens da realidade (ACHUTTI, 2004).

Aqui, busco não assumir essa denominação por entender que não se trata do método em si de fazer a pesquisa, mas as indicações que a descrição conceitual do referido autor pode trazer para enriquecer e pluralizar as possibilidades de executar esta pesquisa que são importantes neste momento da construção deste estudo. Assim, diz o autor:

O que parece interessante para a antropologia é a utilização da fotografia para trabalhar com o além das aparências, pois, no que diz respeito à pesquisa, o que mais conta não é o simples registro dos fatos, mas o que está fora do campo de visão, a construção de sentidos graças à imagem; isso para tornar-se um meio de restituição, uma outra forma de narrar nosso olhar sobre o Outro (ACHUTTI, 2004, p. 87).

Por sua vez, Susan Sontag assim se manifesta:

A fotografia é a única arte importante em que um aprendizado profissional e anos de experiência não conferem uma vantagem insuperável sobre os inexperientes e não preparados – isso ocorre por muitas razões, entre elas o grande peso do acaso (ou da sorte) no ato de fotografar, além da preferência pelo espontâneo, pelo tosco, pelo imperfeito (SONTAG, 2004, p.28).

Outro aspecto a ser citado é que a fotografia não é fruto de conjunções aleatórias, é a realidade refletida e selecionada pela mente do fotógrafo que se agrupa a fim de dar um sentido que viabilize a compreensão. Conforme Achutti (2004), o ato de fotografar não envolve somente a realidade refletida, é também reflexionar-se sobre ela e nela refletir-se. *“O objetivo final do fotógrafo, aliás, é permitir sempre uma leitura de seu trabalho, dar-lhe vida, oferecendo-o à luz, restituí-lo”* (ACHUTTI, 2004, p.72). Sobre isso, Sontag (2004) leva-me a pensar sobre outros aspectos relacionados às reflexões apresentadas, tecendo a consideração de que nesta era dominada e pulverizada por imagens, a fotografia oferece um modo rápido de apreender algo e também de memorizá-lo. E, por conseguinte, a memória que se tem sobre o tema que a fotografia suscita altera a imagem de acordo com o que nossas lembranças emanam. *“Algo se torna real – para quem está longe, acompanhando o fato em forma de “notícia” – ao ser fotografado. Mas, não raro, uma catástrofe vivenciada se assemelhará, de maneira misteriosa, à sua representação.”* (SONTAG, p.22 -23).

Nesta tese, as imagens têm a função de dar visibilidade, dialogar com conceitos, ideias e argumentos sob os quais poderão se assentar interpretações das relações que se apresentaram para mim do campo empírico, e ainda documentar e possibilitar a reflexão acerca das interfaces que se estabelecem pela mediação, aqui entendidas como o Reconhecimento que é gerado com isso. O planejamento do registro imagético no campo empírico não foi uma produção simples. Desde 2012 tenho buscado conhecer mais sobre a produção de imagens no e para a construção de conhecimento. Fiz alguns cursos de fotografia, visitei exposições fotográficas, no Brasil e na França, e li textos de autores conhecidos no campo da fotografia — Susan Sontag, Milton Guran e Luis Eduardo Achutti —, tentando entender o processo de captação e geração de imagens. Depois dessas leituras, ao invés de delimitar, o entendimento foi de que a fotografia é um intenso extravasar de limites e possibilidades. Um dos cursos, de fotografia documental e criativa, trouxe para minha

trajetória as seguintes questões: O que? Por quê? Como fotografar? Essas indagações parecem simples, mas quando postas no contexto de pesquisa tornam-se altamente complexas e mostram que no exercício em ato é que posso munir-me de algumas respostas, mas não todas.

Naquele momento, foi muito válida a sugestão de outros pesquisadores que também se inseriram no fazer da etnografia: “Leia outras etnografias, isto pode ajudar!” Assim, busquei teses e dissertações que me despertaram o interesse de explorar o processo de geração de dados com imagens. Constatei que o desafio é grande para qualquer problema de pesquisa, mas para alguns é um pouco mais. A intenção de estudar as implicações em termos do Reconhecimento, a partir da mediação, colocou-me diante de múltiplos caminhos e possibilidades de aproximação e construção do conhecimento, principalmente no movimento existente entre a experiência vivida e a organização racional de seus conteúdos enquanto apresentação de dados de uma pesquisa, em um campo em que a escrita tem lugar cativo e privilegiado — o da saúde.

O uso da fotografia foi um caminho profícuo para que eu estabelecesse novas relações com a pesquisa e também possibilitou-me dar visibilidade a contextos, dinâmicas e implicações da mediação, apostando na imagem como um veículo de informações que tem alcance quase universal, e também na expansão da forma de fazer pesquisa em saúde. Então, mais do que o “método” que se adota para fazer uma pesquisa no campo das relações sociais, o que me encorajou a me arriscar na pesquisa foi pensar na importância que tem o fato de o pesquisador se posicionar teoricamente,

no sentido de entender os sistemas de relacionamento, os acordos e desacordos ou os conflitos e pactos intersubjetivos para além das ilusões sugeridas pelo individualismo e pelo sistemismo estruturalista, construindo caminhos, métodos e técnicas adequadas para o levantamento de informações sobre as redes de medição que não estão disponíveis para o observador desatento (MARTINS, 2008, p. 130).

A partir da citação de Paulo Henrique Martins e da contribuição do uso da imagem em pesquisa, as fotografias que seguem são convidativas para pensar acerca das diferentes dimensões do fazer da pesquisa. A tessitura do que me propus a empreender me mobilizou para o estar em campo de forma completa, em experimentar sentimentos e emoções que floresceram quando as pessoas, com as

quais me relacionei, me deixaram entrar em seu cotidiano. A experiência de ocupar um lugar na equipe que me recebeu para “bater fotos”, depois de muitas indagações e verificação do quanto lhe era possível depositar confiança em mim, fez com que eu experimentasse o que diz Geertz, de que a pesquisa de campo é uma janela altamente fecunda para a produção do conhecimento. Por outro lado, ainda conforme esse autor, isso também é complexo, pois é preciso eleger e catalogar o que disso é inteligível para a compreensão da realidade (GEERTZ, 2015).

O olhar e o ouvir, assentamentos do fazer da etnografia clássica e instrumentos apresentados por um etnográfico e antropólogo “da gema”, Cardoso de Oliveira (2000), foram altamente relevantes no estar em campo, como atos cognitivos que se complementam e intercambiam o tempo todo na pesquisa, e aqui nesta seção, em alguns momentos, utilizo-os como sinônimos de observar e entrevistar. Mas reconheço que o ouvir não ocorreu apenas nas entrevistas; a informalidade do cotidiano ofereceu-me muitas escutas importantes.

O valor da observação na etnografia está apresentado já nas primeiras páginas do livro intitulado “*A interpretação das Culturas*”, um dos textos mais conhecidos de Geertz, quando declara o quão fundamental é o ato de observar para a etnografia. Para se compreender o que é e como se constitui determinado objeto de pesquisa é necessário entender as informações insinuadas — pano de fundo — antes de a coisa em si mesma ser examinada diretamente. Inicialmente é preciso apreender para depois apresentar (GEERTZ, 2015).

Nesse ponto da construção do percurso metodológico reconheço e assumo o pressuposto de que a entrevista é um espaço de diálogo entre os envolvidos. O entrevistado é um interlocutor que produz a pesquisa em espaços semânticos partilhados com o pesquisador (OLIVEIRA, 2000). Nessa linha de percepção não existe o receio de contaminar o discurso do interlocutor com elementos que permeiam o discurso do pesquisador. O que se propõe são relações que coloquem os atores em posições as mais iguais possíveis, em interação. Essa relação pode ser denominada observação participante, o estar em campo empírico que viabilize a aceitação e permita a interação (OLIVEIRA, 2000).

Durante o tempo em que estive em campo as conversas com os profissionais e usuários, mesmo as informais, foram importantes fontes de informação. Assim, nas conversas de corredor, no intervalo do almoço, nas visitas domiciliares realizadas vieram à tona alguns assuntos importantes, sem que eu tivesse feito alguma

indagação aos interlocutores. Evidentemente, em alguns momentos, realizei entrevistas do tipo semiestruturadas, com os ACS, com um roteiro elaborado para explorar situações que surgiram no cotidiano. Nessa modalidade de entrevista, segundo Minayo (2010), a ordem dos assuntos tratados não obedece a uma sequência rígida e, sim, é determinada pela maneira como o(a) entrevistado(a) manifesta suas ideias. Para a mesma autora, a informação vinda desse tipo de entrevista parte de um roteiro mais aberto, cujos objetivos são a descrição do caso individual, a compreensão das especificidades culturais e a comparabilidade dos casos, liberando o pesquisador de formulações pré-fixadas e abrindo o campo de explanação do entrevistado. Nesse contexto de pesquisa não construí um roteiro que pudesse ser aplicado para todos, mas elaborei perguntas sobre situações que eu havia observado nos momentos em que estive no serviço.

A centralidade da observação, na qualidade de atitude investigativa, demandou a criação de um diário de campo com anotações, reflexões e considerações sobre a vivência no campo de pesquisa, registros importantes para a construção da análise e narrativa da produção do texto da tese. Esse instrumento pode gerar reflexão sobre a própria prática, pois, no ato de escrever os fatos ocorridos reflete-se sobre o que se vivenciou, revelando o que não havia sido exposto ainda, e determinando a complexidade dos momentos e processos (PEZZATO; L'ABBATE, 2011). O diário de campo também desempenhou função importante para compreensão e análise das informações geradas por outras técnicas (ROESE et al., 2006). Diariamente, após ter vivenciado o estar em campo, eu registrava minhas memórias e impressões, evidentemente que, de acordo com o cansaço e a disposição quase emocional, as anotações eram mais, ou menos, ricas.

O deslocamento para o campo de estudo se deu entre setembro de 2016 a março de 2017 e as idas e vindas foram bastante fatigantes, o registro em meu diário de campo denuncia isso. Após alguns pares de dias em campo emerge a seguinte anotação:

Iniciar um dia de campo sempre é uma incógnita, sair de casa às 6h40 em direção ao centro da cidade não foi fácil... pegar o ônibus na Oswaldo [Aranha] em direção ao mercado público, de lá em direção ao camelódromo de Porto Alegre, pegar o ônibus da Sogil em direção a Gravataí, com toda a Av. Sertório pela frente, depois Cachoeirinha e depois a RS020 era muito maçante. Nos dias de calor, com ônibus lotado, o sono batia no retorno, sem ter onde se acomodar para tirar um soninho, deu vontade de abandonar tudo...(Diário de Campo, setembro de 2016)

No tempo que estive em campo, fiz um pouco mais de 4 mil fotos, capturadas com uma câmera semi-profissional, com sensor CMOS APS-C de 20.5 mega pixels, com objetiva de 16 mm, elas foram apresentadas em sua captura em “*modo automático da câmera*”. Sempre que vivenciava um dia no campo empírico e gerava fotografias eu as armazenava em meu computador pessoal, mas mantinha as cópias delas na câmera e em um tablet que eu levava para o campo, nestes dois últimos equipamentos eu conseguia mostrar para os profissionais e usuários que participavam das fotografias o que tinha capturado. Muitas fotografias foram impressas, assim eu levava algumas cópias e deixava com usuários que tinham sido interlocutores da pesquisa. Cabe ressaltar que, cada uma das fotografias que constam nesta tese foi apresentada para os interlocutores, para que pudessem assentir sua utilização. Na versão deste trabalho não fiz nenhum processo de edição em relação às cores, em algumas realizei o redimensionamento da apresentação das fotografias, tentando colocá-las em uma mesma proporcionalidade.

Para fins de análise, depois de minha estada em campo, iniciei a organização das fotografias em uma tabela em editor de texto, colocando as mais significativas para meu objeto de estudo e fazendo uma pequena descrição da situação em que foram realizadas e o que representava para minha pesquisa. No que se refere às fotografias, assumo que elas foram escolhidas no universo das imagens geradas, em função da capacidade enunciativa que têm para o meu olhar e do lugar que eu olho, fazendo o esforço de ver. As fotografias escolhidas para compor as narrativas apresentadas neste documento foram escolhidas a partir de um processo de percorrer as imagens buscando, inicialmente, apresentar o rural do qual estou falando; depois disso, de discutir as esferas do Reconhecimento propostas por Axel Honneth; e, mais ao final, mostrar um pouco das trajetórias assistenciais que possam ser representativas para a análise aqui proposta, que é a de pensar sobre a saúde como um direito, e a ocupação da esfera pública.

Evidentemente, outros leitores das imagens podem ter condições de olhar mais adiante e ver no enunciado das imagens outras enunciações, e justamente nisso está a riqueza da produção desta pesquisa com e em imagens. Posteriormente, quando dei início a redação do relatório de pesquisa, anterior a esta apresentação, utilizei a tabela que havia construído no momento da construção da descritiva das imagens, conectando isso aos relatos do diário de campo e das entrevistas realizadas. A partir disso, selecionei uma coleção de fotografias e as dispus de acordo com o

desencadeamento que me pareceu mais inteligível, valendo-me da ferramenta das legendas com uma pequena descrição do que elas tratavam e do que significavam no universo da pesquisa: descrição e envolvimento com o campo empírico e, depois, a descrição dos dados gerados à luz da Teoria do Reconhecimento, mas tendo como pano de fundo orientações sobre a análise interpretativa em Geertz. Posteriormente, fiz uma releitura das fotografias e compus o que eu chamo agora de narrativa visuais, ou seja, ficaram as fotografias com maior poder enunciativo dentro da proposta do estudo, sem legendas, pois a interpretação delas está incluída no texto escrito, mas abandonando a proposta de uma descrição factual do que elas tratam. Esta foi uma escolha minha para compartilhar com o leitor a possibilidade de realizar a descrição de acordo com a lente que ele utiliza para ler as imagens.

8.4 Para além da captação de imagens: constituição de relações éticas

Sobre a ética, que vai além da bioética, Minayo e Guerriero (2015) enfatizam que, na pesquisa qualitativa em saúde este é um elemento que deve fazer parte desde a definição do objeto, escrita, estada em campo empírico, análise dos dados produzidos, publicação e restituição dos resultados. Aqui se propõe a constante busca pelo sentido ético da pesquisa enquanto o respeito e alteridade para com o objeto de pesquisa, os interlocutores, prováveis leitores da academia e da sociedade de modo geral e com a ciência com a qual nos interessa colaborar. Este estudo respeita os preceitos estabelecidos pela Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012 (BRASIL, 2012a), a qual aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos no Brasil. Dessa forma, esta pesquisa foi executada depois do projeto ser enviado ao Comitê de Ética em Pesquisa da UFRGS por meio da Plataforma Brasil, tendo como instituição promotora a referida universidade, com CAAE nº 57695116.0.0000.5347, parecer nº Número do Parecer: 1.707.458, de 2016 (ANEXO B)

Os participantes foram convidados à fazerem parte da pesquisa, sendo abordados nos momentos considerados mais adequados para que os esclarecimentos sobre o estudo fossem efetuados de forma clara e acessível, respeitando a autonomia dos convidados na tomada de decisão livre e esclarecida. Assim, a participação deles foi confirmada somente após a leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE – (APÊNDICE A e B). Para não divulgar os nomes dos participantes da pesquisa que estiverem relacionados as situações relatadas foram utilizadas codinomes.

Ainda sobre as questões éticas que estão envolvidas neste estudo, no fazer da pesquisa qualitativa, em especial com pesquisas que envolvem fotografias, devemos estar atentos “aos códigos de visualidade dos fotografados” (MARTINS, 2011, p.16), há aqueles que desejam ser fotografados e aqueles que não gostariam de ser fotografados. Além disso, outro aspecto é a postura ética do pesquisador em ter a sensibilidade de que, o quanto mais nos inserimos em determinada organização pelo processo de pesquisa melhor formulada e organizada é nossa percepção das regras que são implícitas para um entrevistador apressado (ABREU, 2013). E, no campo das pesquisas fotoetnográficas, em específico, há o apontamento para a

indissociabilidade entre a autorização para captação de imagens, a sua produção e devolução (SILVA, 2013).

Assim, minha postura foi de que, a geração, a análise e divulgação dos dados da pesquisa, neles incluídas as falas e as fotografias, seguiu sempre a conduta de que, mesmo sendo informações com alto poder de dar sentido à análise ou de qualificar esteticamente o estudo, caso elas tivessem qualquer possibilidade de identificar algum participante que fazia parte de lógicas institucionais que pudessem de alguma forma prejudicar os envolvidos elas não foram utilizadas. Todas as imagens captadas no formato de fotografia foram mostradas aos profissionais e aos usuários, por meio de dispositivo móvel (celular, câmera e tablet da pesquisa) no formato digital para cada um dos interlocutores que estão envolvidos na cena, tanto no processo de captação das imagens, quanto em momentos posteriores.

Na medida em que os participantes faziam questionamentos sobre o estudo, eles foram sendo respondidos, seguindo uma trajetória metodológica que assegurasse a confidencialidade e a privacidade, bem como o anonimato dos participantes que assim o desejaram e o respeito aos valores culturais, sociais, morais, religiosos e éticos. Será garantido aos participantes todas as disposições possíveis para comunicar os achados da pesquisa, como a entrega de uma cópia do texto final da tese e a apresentação dos achados para os mesmos.

Mesmo tendo optado em escolher o campo empírico, eu sabia que precisaria ser escolhida pela equipe que me receberia. Nos primeiros dias, além do cansaço de me deslocar até o rural, considerando o dia anterior de trabalho na função de enfermeira que acompanha alunos em aulas práticas, vivenciei a sensação de que não daria certo estar em campo e fazer fotografias, fazer a pesquisa com e pelas imagens conforme havia me proposto. Isto aconteceu em função de um processo que, apesar de eu ter lido em outros estudos e em livros sobre etnografia, eu ainda não havia vivenciado de forma consciente: a entrada no campo. Não aquela em que o pesquisador se desloca em horários agendados e realiza determinado procedimento de pesquisa, mas aquela em que os interlocutores lhe permitem estar com eles. Ao escrever estas reflexões lembro-me, com nitidez, do estranhamento da equipe à minha presença, aproveitando os cordiais cumprimentos para saber, além do meu nome, o que eu estava fazendo lá. A porta do cotidiano que dá passagem para a compreensão das relações estabelecidas demorou a abrir. Descrevo um trecho do diário de campo em que relato postura de desconfiança dos profissionais, fruto de um

processo avaliativo institucionalizado pelo Ministério da Saúde, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ):

Hoje percebi que os profissionais têm uma relação muito estreita com o processo de avaliação do PMAQ, eles passam por ciclos de avaliação em que muitos aspectos são avaliados, inclusive o de produção. A presença anterior de pesquisadores, na qualidade de avaliadores, deixou a sensação de que alguém que vem de fora está lá para avaliar e emitir um juízo de apto ou não apto. Eu percebi isso em função da desconfiança de alguns profissionais. Hoje a Lisbela estava sentada à mesa na cozinha, todos que se aproximavam queriam saber quem eu era e ela dizia que era uma avaliadora, que estava ali para cuidar o que eles estavam fazendo. A minha antipatia por ela foi muito grande, pois assim ela irá me afastar dos demais membros (setembro de 2016).

Naquele dia, senti que ela me recebia muito a contragosto, pouco me olhava, e deduzi que ela não participaria da pesquisa. Na percepção de quem estava chegando, aquela atitude iria me afastar dos demais membros da equipe. Mais tarde eu reconheceria que sua acolhida intermediou o uso da câmera, pois as relações que estabelecemos foram elemento-chave para que eu pudesse ser aceita como uma visitante em constante trânsito entre os demais membros da equipe. Juntamente com outro membro da equipe, Lisbela é a profissional mais antiga da equipe, inclusive já morou em Morungava. A postura dela em me permitir acompanhar os atendimentos, na postura de me ensinar a fazer o acolhimento promovido na rotina do serviço, que também foi compartilhada por outros membros da equipe, deu-me a oportunidade de conhecer alguns usuários no serviço de saúde e, depois, fazer fotografias inclusive em suas moradias. É incrível como a equipe conhece todos os que buscam o serviço de saúde, e pelo tempo de trabalho no local, alguns desses profissionais conhecem absolutamente todos os moradores.

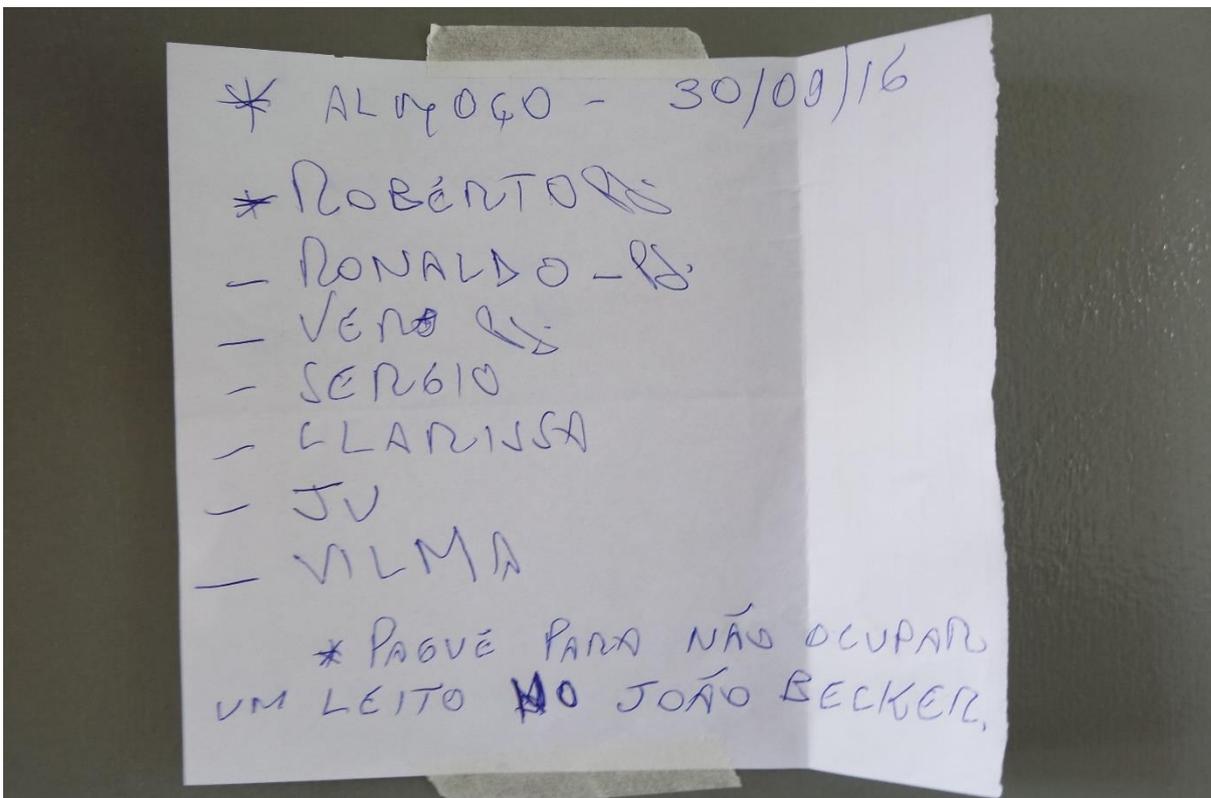
No que tange ao uso da câmera, não posso deixar de registrar meu desconforto inicial em sacar a câmera e fazer as fotografias, pois o ato de fotografar implica códigos de conduta altamente relacionais. O fato de ser chamada pelos profissionais para fazer as fotos se constituiu quase como um código de conduta, pois apanhar a câmera, inicialmente, gerava estranhamento para as pessoas, tanto para os usuários quanto para os profissionais. No transcorrer de alguns dias percebi que alguns interlocutores — os ACS que participaram da pesquisa e a minha informante-chave — permitiam que eu fotografasse o cotidiano deles, e a partir de então fui gerando as imagens. Evidentemente, a câmera era um item também manuseado pelos

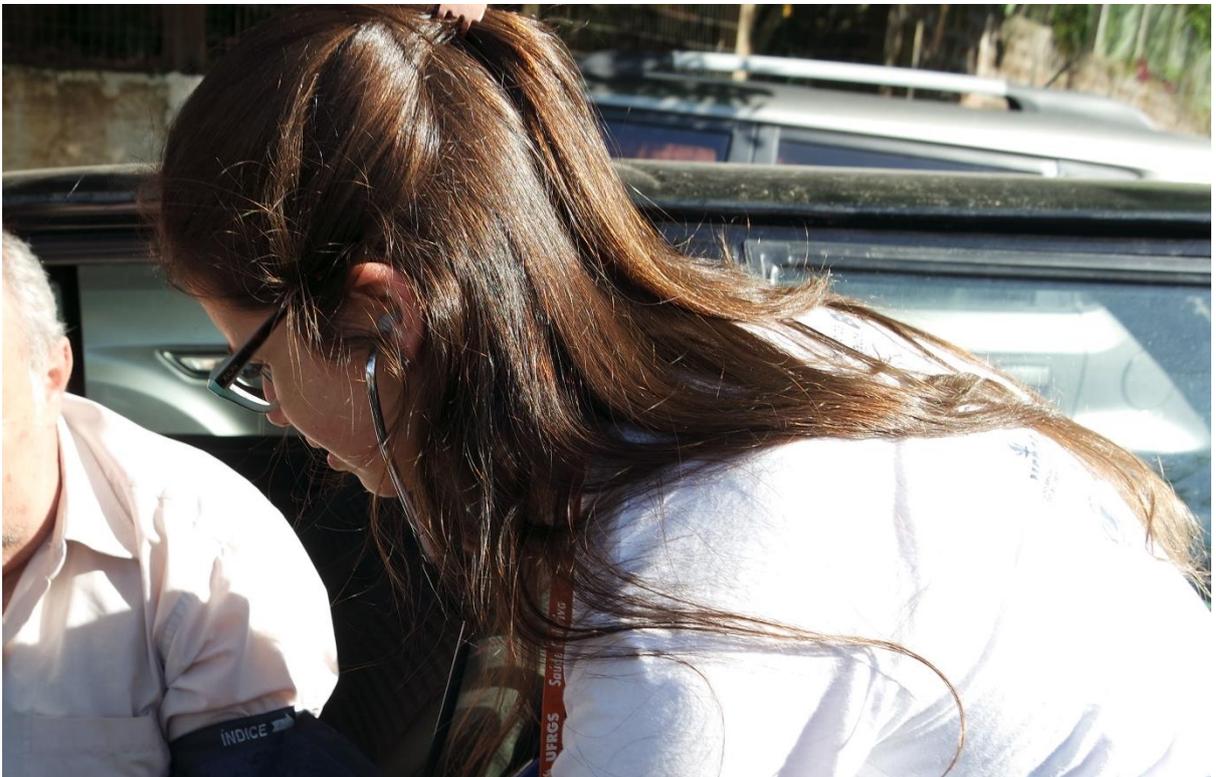
fotografados, uma evidência disso é que em algumas fotografias eu também apareço, e as fotos eram constantemente apresentadas a eles.

Alguns interlocutores participaram da pesquisa posando para a captação de imagens e outros apenas contextualmente. Por exemplo, cito a verbalização de um dos membros da equipe quando eu estava com a câmera na mão fotografando situações comuns na cozinha do serviço de saúde e ele me disse: “-*Querida, eu não quero aparecer nas tuas fotos.*” Para mim isso foi significativo, pois ele se mostrou incomodado com a captação das imagens e se posicionou em relação a isso. Considero também outro código que se apresentou para mim: a postura de alguns profissionais em não me convidar para participar de suas atividades, mesmo que não tenham verbalizado nada a respeito de eu usar as fotografias em que eles pudessem aparecer, eles não se mostraram interessados pela geração das imagens. Evidentemente, em algumas situações os profissionais pediam para que eu não fotografasse, como nos dias em que usavam mais do que a cozinha para almoçar e estendiam a mesa no corredor, ou estavam na cozinha em horários que consideravam inadequados para tanto. Mesmo entendendo que essas situações fazem parte da ocupação de determinado espaço, e que os profissionais são pessoas que também precisam de contato, e que isso serve de fomento para relações mais afetivas, conforme discuto nas esferas do Reconhecimento, respeitei o pedido deles eu não os fotografei nesses momentos.

A parceria com os ACS foi imprescindível. Sem eles eu não teria conseguido me aclimatar ao local, ou ter a aproximação necessária com os moradores. Sem dúvida esses profissionais, em parceria com Lisbela, foram os mediadores da minha entrada em campo. Mas foi o convite para o almoço que me abriu a possibilidade de participar do cotidiano, de entrar no campo, no sentido de sair da superficialidade de estar ali, para que a equipe me conhecesse. Outra rotina importante que me inseriu no cotidiano do serviço foi a contribuição mensal com café, e açúcar para aqueles que tomam café com açúcar, além de receber um espaço para guardar minha xícara, que ainda não consegui buscar, ainda está lá, talvez seja ela que mantenha a porta aberta para meu retorno. Para o deslocamento até os locais mais distantes foi necessário utilizar o carro da Secretaria Municipal de Saúde, disponível em quatro turnos semanais para a equipe fazer as visitas mais distantes.

8.5 O estar em campo e o acessar a gramática das relações: fazer parte









8.6 O cotidiano pensado com e por imagens: montagem, desmontagem e remontagem das relações intersubjetivas pelas esferas do Reconhecimento

A necessária conjunção entre imagem e texto vai se mostrando ao longo desta produção, exercendo a função de apresentar cada uma das esferas do Reconhecimento. As narrativas compostas ora com palavras, ora com imagens têm o intuito de apresentar argumentos na linha de reflexão de que as experiências de menosprezo e negação do devido respeito, em cada uma das esferas, alijam os processos de subjetivação e autorrealização dos profissionais. E isso constrói, nos espaços de sociabilidade, o sentimento de indignação moral, pois essas experiências são interpretadas como injustas para aqueles que as vivenciam, gerando conflitos. As narrativas têm a potência de chamar a atenção para o quanto isto nem sempre tem a visibilidade necessária, e também que os contornos e o anonimato que assume o conflito não permitem que se alcance a necessária justificação. Em relação à esfera pública, esses conflitos não são articulados publicamente a ponto de alcançarem o *status* de formação de vontade.

A partir do exposto, as fotografias contidas nesta narrativa, ao longo das descrições a seguir, permitiram-me articular o visual com as situações que vivenciei e que foram registradas no diário de campo, com algumas entrevistas que fiz com os profissionais, e com os dados obtidos no grupo focal com os ACS. No sentido de demarcar o lugar do qual eu falo, é preciso dizer que é a primeira vez que me experimento interpretando um empírico com o uso de imagens, o que fez com que eu ainda me segurasse um pouco mais no campo da escrita. Assim, parto para o próximo tópico, discorrendo sobre as relações de afeto que considero porosas e os sentimentos vividos.

As narrativas visuais que apresento a seguir são relevantes para a reflexão que emerge da proposta deste estudo, considerando que me instigaram à reflexão acerca do território em suas dinâmicas, lugares de sociabilidade e trajetórias biográficas de indivíduos que, em seus cotidianos, revelam os lugares ocupados pelo profissional no estabelecimento de relações intersubjetivas em seu agir mediador. Nesses territórios há a possibilidade de descobrir um destino comum, uma trajetória que une as pessoas em busca da construção de um espaço público, relações de solidariedade que transbordam para a esfera pública, pois essas sociabilidades impõem ao público agendas construídas a partir da própria construção do conteúdo das interações entre as pessoas na vida social (FONTES, 2008).

A reconstrução das sociabilidades do cotidiano das pessoas me permite fazer os recortes territoriais que as revestem; e também decifrar as estruturas simbólicas de campos de pertencimentos daqueles que interagem. Os espaços domésticos que se constituem dentro de instituições públicas, entre as quais os serviços de saúde, desvelam a não uniformização dos relacionamentos que são anônimos para os aparatos do Estado, também revelados pelas imagens. Considero esses elementos importantes no contexto das visualidades aqui retratadas em função de que, conforme relata Fontes (2008), esses territórios são *locus* de práticas políticas no sentido de construir cotidianos que têm a potencialidade de extrapolar a vida privada dos envolvidos e se desdobrar em interesses comuns, em espaços públicos. Espaços que, aqui contidos no campo da saúde, são necessários para que as pessoas alcancem seu *status* de cidadãos.



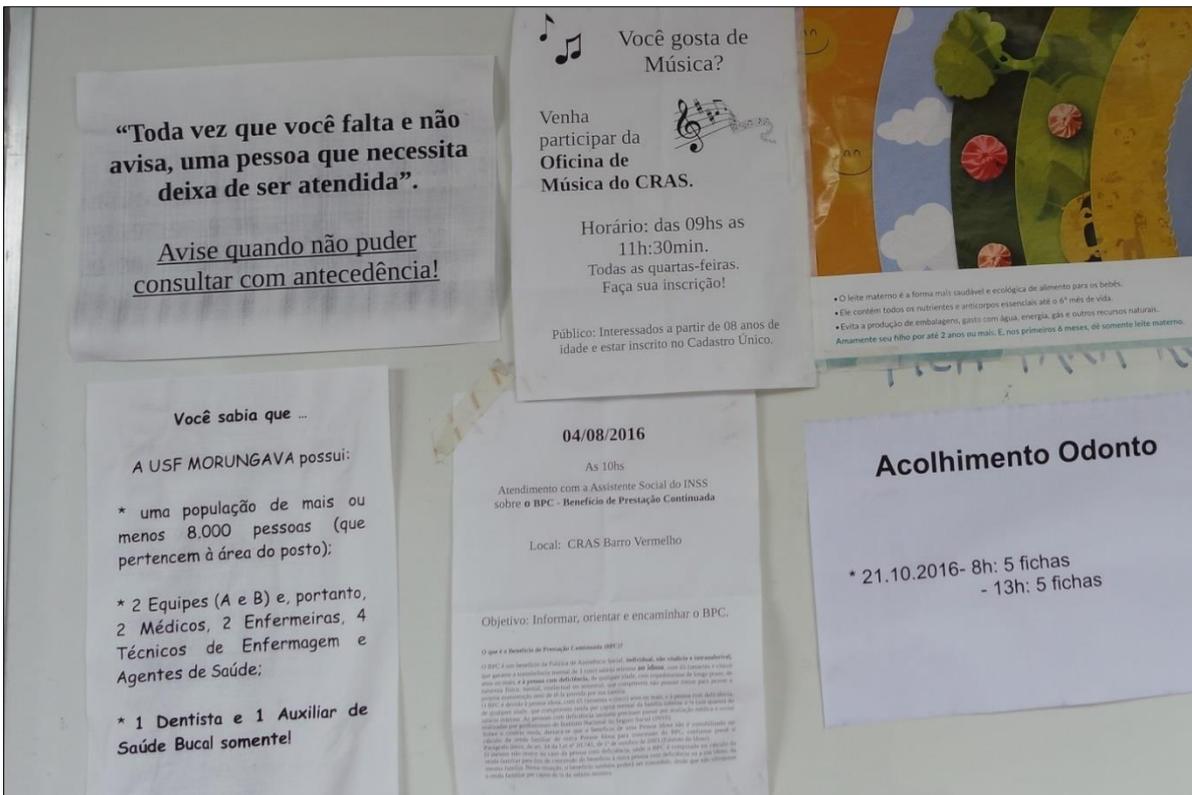
A fotografia que apresentada, em sua luz e sombra, nas dobraduras do relevo que abraça a casa, ao longe, nas roupas estendidas na cerca de arame farpado; no pedaço de máquina agrícola, e na beleza que a composição do cenário apresenta, dá indícios dos arranjos propostos por mim para encarar a dureza, a felicidade e a grandeza de um cotidiano que lida com o que se tem de mais valioso para o tecido social: os encontros. E nesses encontros, do mesmo modo que na fotografia, os vestígios de humanidade sobram diante de todo o sofrimento e da indeterminação que o coletivo provoca²⁰, mas justamente neles há a possibilidade de se alcançar a liberdade, aquela liberdade mais profunda e sólida, a coletiva, que assegura direitos e obrigações a todos.

²⁰ Escrevo minha tese em uma conjuntura que considero a mais dramática que já vivi, seja em função da minha pouca idade, seja em função da redução do papel do Estado na sociedade que tenho acompanhado. Presenciei, nesses anos de doutoramento, um impeachment, um governo ilegítimo assumindo a condução do País, decretos e novas leis que ferem nossos direitos, jogo político que nos ludibria, lutas públicas que não se aproximam, expressão de ódio pela diferença e atentados cotidianos à democracia.

O sentido da construção de narrativas visuais que expressam experiências na saúde (não necessariamente experiências de cidadania ou do alcance de direitos), obtido pelas e com as fotografias, ocorreu no intuito de visibilizar mecanismos que se conformam no cotidiano de um serviço de saúde. Esses mecanismos, mirados pela perspectiva da Teoria do Reconhecimento em Axel Honneth, tem o potencial de valorizar as relações intersubjetivas, invisibilizadas pela lógica da organização institucional e da formulação das políticas públicas no campo da saúde.

Interpretar o empírico pela via da saúde, como um direito de cidadania a partir da Luta por Reconhecimento, em seus conflitos, na qualidade de substrato motivacional para a participação da esfera pública, recobre de sentido a construção de narrativas visuais. A organização moral da cidadania resguarda uma grande complexidade que precisa ser visibilizada (MARTINS, 2011); o emaranhado do tecido social e das relações que o conformam pode ser mais pluralmente traduzido em imagens, considerando-se que as palavras me aproximam com mais facilidade da arbitrariedade de um olhar lateralizado.

PARTE III – PENSAR COM E POR IMAGENS: EXERCÍCIO DE ANÁLISE DOS CONFLITOS SOCIAIS EM UM ESPAÇO PÚBLICO

















ESSA COZINHA É DE
USO COLETIVO DO
SEU AMBIENTE DE
TRABALHO.

NÃO MISTURE AS
COISAS E SIGA AS
REGRAS!

POR FAVOR QUANDO USAR O
VASO SANITARIO, LEMBRE-SE
DE DAR DESCARGA E POR
FAVOR NÃO MIJE NO CHÃO.
CUIDE COMO SE FOSSE NA SUA
PRÓPRIA CASA. OBRIGADO(A)
COORDENAÇÃO.

O serviço de saúde possui em seu espaço físico, na parte da frente, uma sala grande de recepção, duas salas para os Enfermeiros, duas salas para atividades de triagem, sala para os ACS, sala de vacinas, uma sala grande da recepção, uma sala para guardar os prontuários físicos das famílias organizadas de acordo com cada área dos ACS, e um banheiro para os usuários. Na parte de trás da Unidade de Saúde há dois consultórios médicos, um consultório odontológico, uma cozinha e um banheiro para os funcionários. Esta divisão de parte da frente e parte de trás é a impressão que fica ao observar a ocupação do espaço físico e porque há uma porta que quase sempre está fechada. Nos dois lados dessa porta há o cartaz solicitando que ela seja mantida fechada. Na narrativa visual é possível ter uma visão dessa porta do que denominei de parte de antes e depois da porta

A porta fechada parece ser uma estratégia para os profissionais conseguirem ter alguma privacidade no serviço. Pelo fato de haver sempre muitas pessoas na parte da frente eles não conseguem ficar sem estar sendo solicitados por algum usuário. Os ACS também têm essa postura de manter a porta de sua sala fechada, pois a sala deles fica na mesma área da recepção, e com a porta aberta é quase impossível não ser solicitado por algum usuário. Nem sempre há lugar para todos os usuários se sentarem, em função do número de pessoas que espera por atendimento. Quando algum profissional transita pela unidade, especialmente no início da manhã ou da tarde, é muito raro não ser abordado por alguém. Então, uma forma de tentar criar uma barreira, quase que de proteção, é a recepção separada da sala de espera por uma janela de vidro, pela qual os usuários falam com quem está na sala. Além disso, cabe dizer que a porta tem a capacidade de simbolizar as distâncias que marcam o rural, não são distâncias somente geográficas, mas também éticas e políticas. Esta barreira física indica o lugar do usuário, os limites em que ele pode ocupar o espaço público, que só pode se inserir quando é convidado.

O momento da distribuição das fichas era muito agitado, geralmente eu não me envolvia com essa atividade. Eu ficava desconfortável com a expressão de impaciência das pessoas na fila, considerando-se que elas chegavam muito cedo. Muitas vezes estávamos almoçando e do lado de fora do serviço havia filas. Ao chegarmos, pela manhã, os usuários já estavam lá, mesmo com a adoção do acolhimento e as consultas agendadas para os dois médicos da equipe. O encontro dos profissionais no início da manhã era sempre muito agitado; todos tinham algo a

contar, o café para tomar e o pão a partilhar. Aliás, os momentos das refeições sempre foram os mais interessantes, que eu como pesquisadora só pude acompanhar quando foi aceita pelo grupo, quando pude fazer parte.

Este processo de fazer parte “do depois da porta” dá indícios, também, dos contornos das relações intersubjetivas que se estabelecem no serviço e, por conseguinte, das possibilidades que se tem de ocupar o espaço público como seu, este que depois da porta é utilizado de forma quase que doméstica por aqueles que representam o Estado. O equilíbrio entre apropriar-se do que é público e defendê-lo não é uma equação de fácil resolução, pois é importante que aqueles que se inserem em dado espaço o vejam também como seu, mas partilhar desse espaço com os demais de forma respeitosa é imprescindível. Mas, isso deve vir acompanhado da ampliação da percepção do que é público entre aqueles que partilham deste espaço, tanto os profissionais quanto os usuários.

9 ABERTURA PARA RELAÇÕES DE CAMARADAGEM POROSAS AO DIÁLOGO VERSUS SENTIMENTO DESCONFIANÇA E INVISIBILIDADE



























A afetividade vem ganhando cada vez mais espaço no debate sociológico por permitir compreender mais claramente as motivações intersubjetivas e os fundamentos afetivos da ação social (MARTINS, 2011). Assim, as fotografias que apresento nesta seção retratam relações do domínio das relações afetivas entre os profissionais e destes com os usuários. Em algumas situações, retrato a dependência entre eles, necessária para o desempenho de algumas tarefas, e das relações de camaradagem que se constituem entre pessoas que passam do início da manhã até o final da tarde juntas. Mas em outras situações anunciam os conflitos que são intrínsecos a essas relações mais íntimas.

Conscientemente, escolhi a cozinha como o primeiro lugar para apresentar a esfera do afeto, o que não poderia ser diferente, pois é o coração da Unidade. O espaço da cozinha se mostrou um lugar de construção de sociabilidades importante para a promoção de relações mais horizontais entre os trabalhadores, um momento em que uns demonstram interesse pelos outros. É ali que há um espaço para a construção de uma identidade coletiva do grupo, momento em que são partilhadas as dificuldades da vida pessoal e do trabalho no serviço de saúde. Também é na cozinha que as relações de cuidado entre os profissionais se conformam, mesmo sendo cenário de discussões homéricas.

O espaço físico representa a demarcação dos lugares e não-lugares dos conflitos que ali se conformam. Os ACS chegam no mesmo horário dos demais membros da equipe, um pouco antes das oito horas, em função do ponto biométrico que foi adotado pela administração do município para todos os serviços públicos, o que aumenta ainda mais o volume de profissionais dentro do serviço, ou melhor, da cozinha. A questão dos ACS terem a obrigatoriedade de registrar seu horário de entrada, mas não conseguirem fazer visitas domiciliares logo cedo pela manhã, pois as pessoas ainda estavam dormindo, obrigava-os a ficar esperando para sair e realizar o trabalho. Geralmente, o melhor horário de saída era a partir das 9h30min, quando as pessoas já estavam despertas e com a casa aberta. Por outro lado, como as microáreas de trabalho dos ACS são distantes da Unidade de Saúde, eles não precisavam fazer o registro no ponto biométrico ao meio-dia e às 13 horas, assim eles retornavam ao serviço às 17 horas.

O registro desse intervalo ainda é feito em folha de papel, o que costuma ter incompatibilidade com a ficha de produção entregue por eles, pois, em alguns dias, eles registram na folha-ponto os horários de trabalho, mas não apresentam produção

de visitas realizadas. O profissional que faz essa verificação é o coordenador da equipe, o que gera situações de discórdia e insatisfação entre os ACS e os demais trabalhadores. Esta formalidade em ter de estar na unidade de saúde gera insatisfação por parte destes trabalhadores e, quando se soma a sobrecarga de trabalho no início da manhã dos demais membros da equipe, gera discussões.

Nos dias em que estive nessa Unidade, muitas vezes houve discórdias entre os membros da equipe, pois, como havia muitos usuários na parte da frente do serviço, os ACS se reuniam na cozinha, caso não estivessem organizando as filas e fazendo o acolhimento e a triagem. Mas a cozinha é pequena e logo ficava lotada. Quase não havia espaço para sentar e tomar café. Pelo fato de o espaço da frente da Unidade sempre conter muitas pessoas, para não se envolverem com as atividades do acolhimento o lugar mais seguro para esses profissionais era a cozinha. Também, em alguns momentos, os funcionários que estavam na frente da Unidade vinham chamar a atenção de quem estava na cozinha em função do barulho que as conversas produziam. Em outras situações, a coordenadora vinha chamar um ou outro funcionário encarregado de atividades do início da manhã, o que era sempre constrangedor, para os envolvidos e para quem estava como expectador.

Outro espaço que traduz as relações entre os mais próximos, relações que se aproximam da camaradagem, é a horta da Unidade, cuidada por alguns profissionais cuja produção era utilizada por eles para o preparo do almoço. Isso é importante porque se envolver com o almoço indica o estar no espaço da Unidade sentindo-se à vontade, sentimento que não era partilhado por todos, afastando alguns do convívio com o grupo. Era possível constatar claramente que aqueles que levavam seu almoço e almoçavam depois dos demais eram os que não se sentiam à vontade em estar no serviço ou ocupar o espaço da Unidade para almoçar.

As relações estabelecidas entre os ACS são interessantes para se refletir sobre a dimensão do afeto que se expressa na dependência entre alguns deles na realização das visitas domiciliares. Eles procuram sair para seu trabalho no território em pequenos grupos, mas essa saída era interpretada de modo negativo por parte dos profissionais que têm suas atividades concentradas no serviço de saúde, entendendo-a como uma fuga dos ACS em relação ao trabalho que devem desempenhar. Em algumas situações, ouvi de alguns profissionais que os ACS não precisavam existir, pois não faziam nada. Ao ouvir esses comentários percebi que eram em função do entendimento de que os ACS tinham baixa produtividade em

relação aos profissionais que ficavam na Unidade e atendiam muitas pessoas. Também davam a entender que o conhecimento técnico e acadêmico alcançado pela formação institucionalizada seria mais importante do que o conhecimento e as atividades que eram desenvolvidas pelos ACS. Além disso, é relevante mencionar que essas falas dos profissionais que menos valorizam os ACS, fere a identidade do próprio serviço de saúde. Mais adiante, noutra esfera, a estima social, descrevo momentos em que esses mesmos atores demonstraram não conseguir simbolizar sua função, o que afetava sua autoestima, pois a forma como olhavam seu valor social era afetada por esse tipo de comentário.

Durante o tempo em que estive na Unidade, acompanhando o cotidiano desses trabalhadores, constatei que, em determinadas situações, era quase inviável que os ACS andassem sozinhos pelos territórios adscritos. Isto porque a segurança deles era frágil em função de situações inusitadas, pois havia áreas em que sabidamente existiam desmanches clandestinos de carros; desconheciam quem era o morador daquele domicílio, pois a população é flutuante no rural, promovendo o trânsito de pessoas se mudando para o rural e saindo do rural para outras localidades. Esse fato ocorre em função do rural de Morungava, apesar de ser afastado do urbano, ser muito próximo da RS-020 em algumas localidades, o que facilita as mudanças, mas em outras localidades é justamente a longa distância que chama moradores com intenções de realizar atividades ilícitas: esconder carros ou outros objetos roubados.

Os relatos de alguns dos ACS revelam que não estar sozinho é necessário para a segurança deles mesmos, pois andam longos percursos a pé e frequentam espaços domésticos muito distantes de outras casas, o que os expõe ao perigo de sofrerem violência. Mas, disse-me um dos ACS, *“tem outra coisa também, tu trabalhar sozinho e trabalhar acompanhado. Quando tu trabalhas em dupla é muito melhor, tu te sentes muito mais motivado e seguro!”* (Flora). O sentir-se motivado é algo que mobiliza as pessoas a fazerem o que elas entendem como o seu trabalho. Mesmo que não seja de comum acordo entre os profissionais, essas visitas realizadas em pequenos grupos acontecem, o que me aguça o olhar entre aquilo que é institucionalmente prescrito e aquilo que é realizado em função de uma necessidade prática. Em alguns momentos na estrada, que não é curta e é distante da unidade, os ACS se encontram e seguem caminhando juntos, mesmo que não saiam juntos da Unidade.

Há algo também que é o modo com que se trabalha no cotidiano. Quando eu acompanhava os ACS nas visitas, as pessoas esperavam que nos sentássemos e

conversássemos com elas. Depois de caminhar por um tempo considerável, 30 ou 40 minutos até chegar a um domicílio, era quase constrangedor não aceitar o convite para conversar, até porque percebíamos que as pessoas eram muito sozinhas. Acredito que isso tenha relação com o que os profissionais falavam sobre o jeito de trabalhar no rural, que era diferente. Eu não conseguia entender bem o porquê desse diferente, pois no espaço físico do serviço eu não via diferenciação; ocorria ali a mesma lógica organizacional que acontecia no urbano por parte dos trabalhadores. Mas logo percebi a diferença. Durante o exercício de acompanhar as visitas realizadas pelos profissionais, e ao discutirmos sobre o que fazia com que se gostasse de trabalhar em ESF, uma das ACS, também técnica de enfermagem, ao comparar o trabalho que se executa no hospital com o rural, disse:

“[...] não tem que cuidar de quem está ali, saber de onde veio. Eu já tinha esse vício daqui. Exatamente, porque isso é um vício. E não me deixavam conversar com as pessoas! Que desgraceira! Pensa, eu queria morrer dentro daquele hospital. Não servia de jeito nenhum” [...]” (Queiti, grupo focal)

Considerei essa fala muito interessante, pois a ACS demonstrou a complexidade do que é cuidar. Disse que no hospital não é preciso cuidar, cuidar no sentido que os ACS conhecem bem, que é dar atenção, saber sobre a vida e o sofrimento das pessoas, e, além disso, o que a ACS considerou um “vício” é o jeito de fazer quando se está trabalhando com pessoas. Vivenciei momentos em que, mesmo sem saber simbolizar com palavras, tive a consciência de que, em algumas situações, não era para me despedir, ou não era para entrar na casa de determinadas pessoas, ou era para ficar um pouquinho mais com elas no consultório, pois, implicitamente, quando nos envolvemos de forma genuína com a outra pessoa entendemos seus códigos, respeitamos seus tempos.

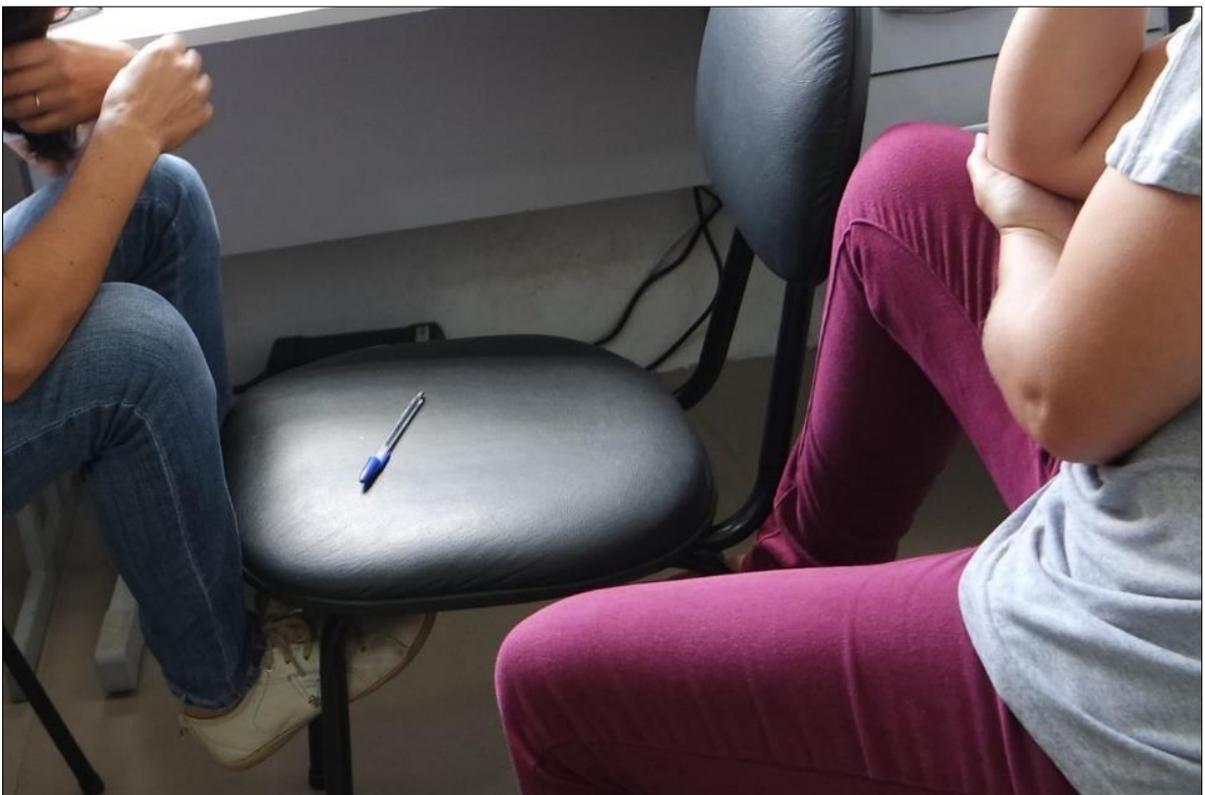
Em alguns momentos ficou evidente que promover a autoconfiança na relação com o usuário fundava-se em respeitar a identidade dos profissionais na relação com os usuários; poder demonstrar que eles também tinham memórias e podiam estabelecer relações amistosas. Saber que havia espaço para demonstrar interesse pela vida do outro, movimentar-se para, de alguma forma, contribuir com sua trajetória assistencial, fortalecendo os trabalhadores a participar das interações em espaços públicos a partir da construção de uma esfera mais profunda — o autorrespeito.



CONDUTA		QUANTIDADE
AGENDAMENTO P/ NASF		0
AGENDAMENTO P/ OUTROS PROFISSIONAIS AB		0
ALTA DO EPISÓDIO		0
RETORNO P/ CONSULTA AGENDADA		0
RETORNO P/ CUIDADO CONTINUADO / PROGRAMADO		0
TRATAMENTO CONCLUÍDO		0
DESFECHO DA VISITA DOMICILIAR - ACS		
DESFECHO		QUANTIDADE
AUSENTES		0
VISITAS RECUSADAS		0
VISITAS REALIZADAS		31
TOTAL		31
ENCAMINHAMENTOS		
ENCAMINHAMENTOS		QUANTIDADE
ENCAMINHAMENTO INTERSETORIAL		0
ENCAMINHAMENTO P/ CAPS		0
ENCAMINHAMENTO P/ INTERNAÇÃO HOSPITALAR		0
ENCAMINHAMENTO P/ SERVIÇO ATENÇÃO DOMICILIAR		0
ENCAMINHAMENTO P/ SERVIÇO ESPECIALIZADO		0
ENCAMINHAMENTO P/ URGÊNCIA		0
ENCAMINHAMENTO INTERNO NO DIA		0
ENCAMINHAMENTOS PARA SERVIÇOS ESPECIALIZADOS		QUANTIDADE
ATENDIMENTO PACIENTES C/ NECESSIDADES ESPECIAIS		0
CIRURGIA BMF		0
ESTOMAGO		0







Os efeitos do PMAQ entre os membros da equipe não se mostraram uma fonte de fortalecimento para as relações entre eles, apesar do retorno financeiro ser relevante e importante para todos. Como o Programa tem metas a serem cumpridas, e a equipe, no conjunto, precisa alcançá-las, isso gera atrito entre eles no momento em que uns cobram dos outros o desempenho de tarefas que são contabilizadas. O recepcionista da unidade me relatou, em tom de mágoa, que ele não recebe nenhum benefício com o PMAQ mesmo tendo papel fundamental no andamento do trabalho da ESF, e que, em uma reunião de equipe, duas ACS quase se agrediram. Uma delas disse que não iria fazer atividades de educação em saúde, pois tinha vergonha de falar em público; a outra disse que era obrigatório, que ninguém da equipe poderia não fazer, que todos deveriam fazê-lo, caso contrário a equipe inteira não “ganharia o PMAQ” em função dessa atitude dela. A discussão ficou acalorada e os demais profissionais precisaram intervir.

O que vem ao encontro dessa análise é o quanto o não entendimento do que é o processo de avaliação gera de conflitos entre profissionais que compartilham cotidianamente uma rotina de trabalho. Eu já tinha escutado de outros membros as dificuldades que têm em compreender quais são as dimensões do trabalho que são avaliadas, que, em outro momento, já havia gerado conflitos na equipe de odontologia sobre as formas de preenchimento das fichas de avaliação, o qual não havia sido explicado aos profissionais, gerando confusão ao interpretá-las.

Assim, o caso relatado também me despertou para a reflexão sobre esse processo avaliativo que gera a invisibilidade da individualidade dos membros da equipe. Essa discussão gerou efeitos na relação entre os profissionais, os quais quebraram, de forma permanente, laços de camaradagem e de afinidade entre eles, provavelmente fechando janelas para oportunidades de uma parceria amistosa. Também despertou entre os trabalhadores a cultura organizacional da necessidade de uma vigilância externa para o desempenho de suas funções, gerando em todos eles a desconfiança e a perversa necessidade de cobrança. Ou, o que me parece ainda mais cruel, do falso entendimento da desnecessária função de alguns membros ou da incapacidade deles para atender critérios estipulados por quem não vivencia as especificidades do processo de trabalho.

Nesta ilustração de uma situação do cotidiano, entendo que as diferenças são vistas como um problema, não como uma oportunidade de potencializá-las e construir uma identidade coletiva. Como um trabalhador de ensino superior comentou comigo

em certa oportunidade: “- *Como vão pedir para uma pessoa que não gosta de ler e de estudar a fazer uma fala em público? Pode ser pior, melhor não fazer.*” Novamente, colocando membros de um grupo às margens, no sentido de duvidar da capacidade de alguns, dissolvendo as chances do trabalho coletivo.

Os encontros semanais promovidos pelas reuniões de equipe eram sempre acalorados, e em muitos deles o processo avaliativo foi o assunto central. Apesar de todos terem algo a falar, pairava determinado silêncio no que se referia ao interesse coletivo, o qual se esconde em conversas sobre assuntos banais. Como de costume, os pequenos grupos de profissionais se aproximam por afinidade. A coordenadora dá ciência a todos sobre os informes da secretaria municipal com suas solicitações, depois disso é chegada a hora que ninguém gosta: a da entrega dos relatórios da produção mensal de cada um. Os técnicos em enfermagem, por atenderem na Unidade, têm uma grande produção quantitativa de atividades. Por outro lado, os ACS não têm uma produção tão grande assim, e os olhares entre eles se entrecruzam e acontecem alguns comentários em voz baixa, a atenção é desviada por algum assunto comum, como uma foto em rede social e algum comentário sobre assuntos desinteressantes para o espaço. Pelo fato de os ACS não poderem realizar atividades aos sábados para contar horas ou atividades que contem produção é mais difícil, em alguns meses, terem produção quantitativa alta semelhante aos demais profissionais que trabalham na Unidade.

Assim, além do próprio sentimento de depreciação gerado entre os ACS pelo desconforto ao ver sua produção transposta em números em dia de reunião, os demais profissionais se incomodam ao ver que essa produção não se equipara a deles. Além disso, há outra questão que observei durante os dias que acompanhei os profissionais: com exceção dos ACS, todos os demais fazem suas atividades dentro da Unidade, em função da própria rotina por eles criada, o que os impede de ter a mesma liberdade que os agentes. Um dos profissionais que fica sempre na Unidade contou-me, com ar de incômodo, que ele e outro profissional precisaram ir ao centro de Morungava e lá encontraram uma ACS resolvendo problemas pessoais. O profissional que me contou enfatizou: “*no horário de trabalho*”. Para ele, esse horário implica obrigação, obrigação por parte de todos em estarem fazendo algo relacionado ao trabalho. Na visão dele, em horário de trabalho ele não consegue fazer atividades que possam estar relacionadas a seus interesses domésticos, portanto, os demais também não podem.

Mas percebi, no serviço que acompanhei, que não é humanamente possível ficar durante nove horas (oito horas de trabalho, mais uma hora de almoço) em um lugar relativamente distante, pelo menos distante de suas moradias, desenvolvendo as atividades do trabalho em saúde, majoritariamente em atendimento aos usuários. E no horário do almoço eles precisam fazer seu alimento dentro da unidade, o que os aproxima de algum modo. Além disso, os profissionais construíram, em seu cotidiano, rotinas para se proteger: a porta que fica sempre fechada, e o horário do almoço que inicia às 11h30min, mesmo que o horário normatizado seja 12h. Os profissionais que permanecem na Unidade no horário do almoço não veem isso como problema, mas para aqueles que têm que chegar às 8h para cumprir um protocolo é incômodo. Assim, quando os profissionais se questionam e entram em conflitos mais ou menos explícitos sobre a produção, um elemento importante para os processos avaliativos, a questão do horário, também vem à tona como uma justificativa para as atitudes de cobrança entre eles. Parece que isso causa uma sensação de que “*se tem que fazer, tem que fazer*”, sem refletir sobre o processo de trabalho, o que leva essas questões para o lado pessoal e soa como uma forma de castigo. Um sistema de cobrança que maltrata os envolvidos a partir deles próprios e fere uns aos outros, quase em forma de violência à autoconfiança de cada um.

Entendo que, em parte, isso também é fruto de um processo maior, pois como um dos profissionais comentou, há uma divisão entre os trabalhadores que conforma o grupo na Unidade, o que eu já havia observado no cotidiano. E essa divisão, disse-me ele, gera “*castas*”, que produzem muitos desentendimentos e ressentimentos que desestruturam as relações entre as pessoas, ampliando suas dificuldades para formarem espaços de relações amistosas e de camaradagem. Então, disse-me um deles, “[...], *é um prazer muito grande, que eu via assim, quando chegava um usuário que dizia ‘ah, o agente nunca foi na minha casa’ sabe? Eu via aquele arzinho assim... ‘Viu, fulano não vai mesmo, não trabalha’.* (Entrevista com Aurora).

No cotidiano, conforme já mencionei, em determinadas situações não é possível fazer algumas visitas, e também não é possível fazer alguns atendimentos. Mas os profissionais, de modo geral, traduzem essas situações a partir da normatividade que é imposta pela própria gestão municipal, que está implícita em argumentos como o ponto biométrico ou nos decretos em que os profissionais precisam cumprir a carga horária em sua totalidade para poder ganhar seu salário, também, na totalidade.

Em algumas reuniões de equipe, alguns profissionais não comparecem — os médicos. Eles não batem o ponto nesse turno e não estão presentes nas reuniões, o que incomoda alguns membros da equipe. O salário desses profissionais é substancialmente mais alto do que o dos demais, e o valor que eles não recebem nesse turno não traz grandes prejuízos para o montante no final do mês, mas para os demais membros da equipe, sim, o que faz com que eles estejam presentes. Em muitos momentos eu refletia sobre o porquê de a gestão municipal não intervir em relação a isso, deixando para os membros da equipe, especialmente para a coordenação, a cobrança da presença dos médicos.

Mas olhando com um pouco mais de distanciamento a questão, há que se pensar que as dificuldades em se comunicar indicam algo. O distanciamento entre os trabalhadores, as barreiras invisíveis para que estabeleçam relações intersubjetivas, com interpretações mais claras e evidentes entre eles, devem ser de comum acordo. No tempo em que estive na Unidade, três pessoas assumiram a coordenação em momentos diferentes. A Secretaria Municipal faz determinadas exigências a essa coordenação: o controle das fichas-ponto, a incumbência de comunicar ao setor de recursos humanos alguma falta, responder formalmente pelas queixas na ouvidoria e acompanhar processos avaliativos como o PMAQ. Em todas essas atividades a coordenadora é o porta-voz e a ponte entre a gestão municipal e os demais trabalhadores. Algumas pessoas se mantinham mais próximas e as demais se afastavam da coordenação, pois essa figura entrava para o julgamento do coletivo dos trabalhadores e para a gestão municipal, colocando-os em uma situação muito delicada em função da incumbência da coordenadora de fazer as cobranças em nome da instituição.

As reuniões começavam às 13 horas e nesse turno não havia atendimento para a população. Ao findar a reunião, cada um se dirigia as suas salas para atividades burocráticas, resolvendo problemas individuais, e, às vezes, trancava a porta como um sinal para não ser interpelado por ninguém. Nesses dias também era a oportunidade de barganhar, ou esclarecer, algum dia que os ACS entendiam ter desenvolvido atividades de trabalho, mas haviam recebido falta, o que acontecia quando eles não registravam a entrada no ponto biométrico e a falta não era justificada.

As dificuldades em expressar no coletivo suas necessidades individuais faz com que os profissionais desenvolvam atividades de modo quase anônimo, como os

ACS que participam de grupos voltados à promoção da saúde de forma permanente. Mas não fazem questão de trazer para a equipe as demandas provenientes desses grupos ou não convidam os profissionais de ensino superior para participar. Buscam, para isso, outras parcerias fora da unidade. Depois de quase dois meses acompanhando a equipe, fiquei sabendo que umas das ACS de quem eu tinha me aproximado desenvolvia, há mais de um ano, um grupo de convivência com os idosos da localidade, no salão paroquial de uma das microáreas. Eu não imaginava que a ACS estaria envolvida nisso, pois nunca tinha ouvido falar sobre essa atividade no serviço de saúde em que eu estava inserida.

A maneira com que os profissionais se relacionam, mesmo sendo fruto da forma como são tratados pela lógica institucional de cobrança e necessidade de vigilância externa, conforme descrevo na esfera do direito, gera desconfortos no plano da intimidade deles, por exemplo, as constantes brigas pelos alimentos na geladeira, em que cada um tem que colocar o nome no que é seu. Isso amplia, entre os profissionais, o sentimento de desrespeito, de desconfiança. Um dos profissionais, nos primeiros dias em que iniciei minhas atividades de pesquisa, me alertou, quase no formato de uma constatação: *“Tem muita falta de respeito aqui dentro da unidade. Muita falta de respeito em consideração com as coisas de cada um”*.

Também, em um dos dias de atividades, sábado, um dos técnicos de Enfermagem fez um churrasco no forno. Compramos a carne em conjunto, dividindo os custos, e ele assou. Estávamos todos com muita fome e eu me sentia feliz por ter alguém que havia se ocupado do almoço, preparado algo para comermos no intervalo do meio-dia. Então, chamei a atenção de todos e pedi uma salva de palmas para ele, mas somente eu e outra pessoa batemos palmas. Os demais ficaram em silêncio, demonstrando, com essa atitude, o desinteresse em aprovar a importância daquele membro na equipe. Mesmo que ele não estivesse atendendo o público, semelhante aos demais, ele estava fazendo uma atividade que, se atendia ao seu interesse individual, também pode ser interpretada como algo que registra o zelo pelos demais colegas.

A prefeitura mantém o sistema de ouvidoria, um número de telefone, um canal em rede social e e-mail. Nas reuniões, algumas dessas reclamações são trazidas para o grupo pela coordenação e, em outras, no grupo de WhatsApp da equipe ou pessoalmente com a pessoa envolvida. Certo dia, um usuário reclamou na rede social que foi às 11 horas de domingo para a fila para conseguir ficha para ser atendido pelo

dentista da Unidade, mas não conseguiu. Fez uma postagem em uma rede social denegrindo a capacidade de todos os membros da equipe e demonstrando sua indignação. Os profissionais apoiaram-se mutuamente e escreveram mensagens de apoio àqueles que estavam se sentindo desvalorizados, mencionando a necessidade de se manterem unidos para resistir a esses atentados.

Uma questão que a todo o momento emerge no cotidiano do serviço de saúde é a violência que se manifesta em palavras ofensivas, em gritos ou agressão física nos momentos em que alguns usuários manifestam insatisfação. Os profissionais do município, pelas redes sociais, contam uns para os outros casos em que colegas foram agredidos ou que precisaram fechar a Unidade em função de situações de violência. Em Morungava acompanhei um caso em que houve a perpetração de violência de forma mais grave, quando um usuário ameaçou a coordenadora, gerando o acionamento da Brigada Militar. Faço a descrição desse caso ao final das trajetórias assistenciais. Em um dos momentos dos cafés, na cozinha, um dos enfermeiros mencionou que a atitude da gestão municipal “*é transferir o servidor, ou ficar dois anos afastado por estresse e depois voltar ao caos do serviço*”, sugerindo que a culpa é dos próprios trabalhadores que se sujeitam a esta condição, considerada “*degradante*”, e que tem piorado nos últimos tempos. Para ele, o servidor é quem “*paga o pato*”, verbalizando o desejo de que houvesse, nas unidades de saúde, guardas municipais para fazer a segurança.

Nesse caso, o que se tem é o usuário reivindicando direitos que não são efetivados para ele — o acesso a um serviço. O direito a um mínimo que lhe foi garantido socialmente ou democraticamente, mas no plano da afetividade gera a demonstração, pelo profissional da saúde, de uma atitude reativa, que não está aderente à compreensão do universo que gerou essa reclamação e manifestação pública de insatisfação. Para os profissionais, essas manifestações se conformam como atentados, mas é uma forma de vocalizar insatisfações por parte dos usuários. Além disso, gostaria de chamar a atenção para a palavra “servidor”, utilizada nesse contexto por um dos profissionais, e que é utilizada nos documentos institucionais. Essa palavra é simbólica para retratar a ideia de pertencimento que os profissionais têm em relação ao espaço que ocupam, pois é de servidão. Eles não se veem como parte, como alguém que compõe um conjunto, mas alguém que serve e que é cobrado e que é castigado.

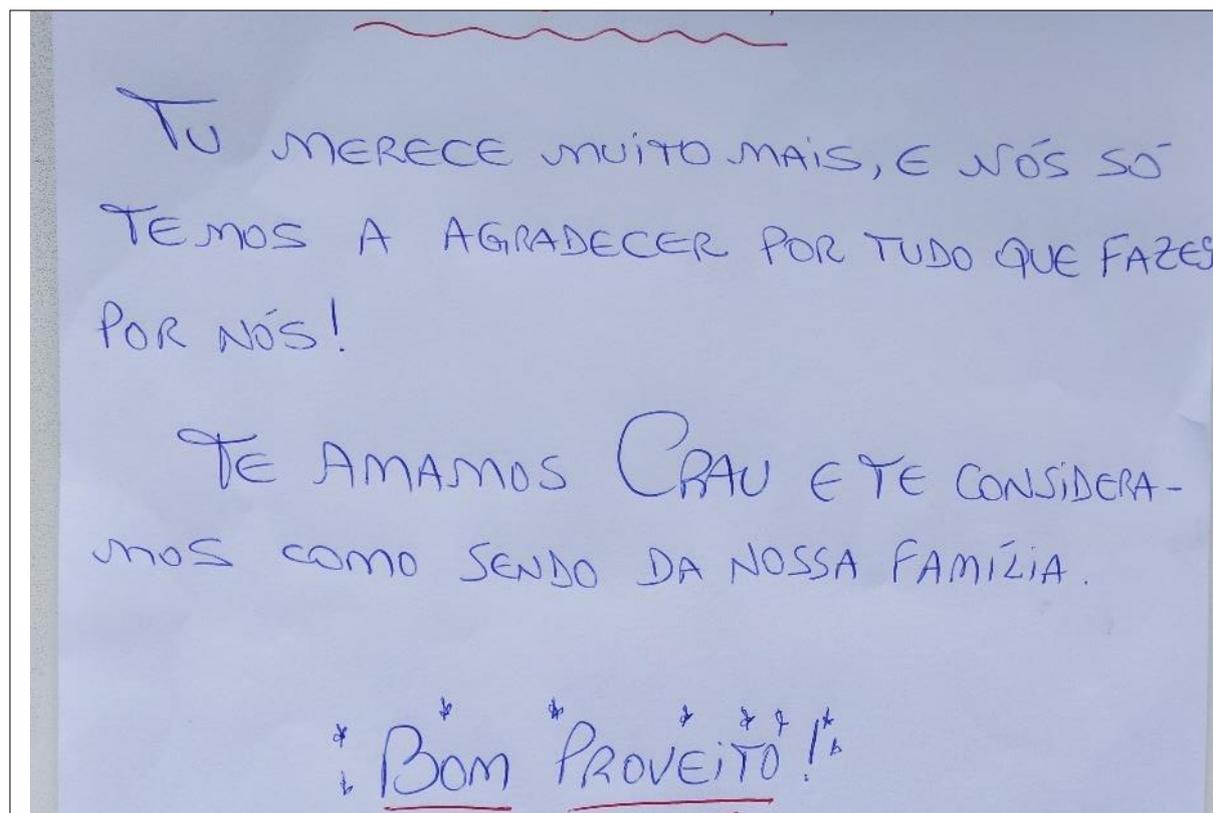
10 PERTENCIMENTO SOCIAL VERSUS FUGA DAS SITUAÇÕES QUE GERAM DESRESPEITO

















O exercício de buscar, nas imagens, enunciados do direito, como uma relação intersubjetiva, foi o mais difícil entre as esferas do Reconhecimento, pois, infelizmente, nesse domínio quase não encontrei fontes de fortalecimento, mesmo que nas demais também tenha encontrado mais formas de desrespeito do que de reconhecimento. Mas, por outro lado, essa dificuldade fez com que eu pensasse constantemente nas experiências diárias dos profissionais da saúde em entrar em contato com pessoas invisíveis publicamente, aqui estudadas a partir do rural. Digo isso ao refletir sobre as grandes distâncias que percorríamos até encontrar uma casa e uma família, distantes não só geograficamente, mas longe de alguma possibilidade deles próprios fazerem parte de arenas de debate público que pudessem fazer com que seus interesses se tornassem vontades respeitadas e atendidas pelos seus colegas de trabalho e por aqueles que representam a gestão municipal.

Para os ACS, de acordo com o que presenciei, oferecer atenção em saúde em lugares, onde sequer há transporte coletivo, além de garantir direitos para os usuários que eles conhecem e com os quais se identificam é uma possibilidade de alcançar direitos para eles próprios. Isso está relacionado, em certa medida, ao que Honneth (2003) indica como a responsabilidade moral que em nossa sociedade de valores compartilha no formato de direitos, mas não são os direitos indicados para alguém, são direitos compartilhados com alguém. Estas reflexões também chamam a atenção para a expressão de satisfação que eu via entre os profissionais por estarem trabalhando, desenvolvendo suas atividades, o que os deixava mais seguros do valor social de sua identidade na condição de profissionais. Mais adiante, narro os efeitos das condições que lhes são impostas e que geram a sensação de vigilância e punição e ferem essa identidade, que é justamente o que lhes incute grande motivação para se envolverem em assuntos de interesse de um grupo maior de trabalhadores dentro do serviço de saúde.

Em alguns momentos, eu ouvia os profissionais falarem sobre o sentimento de injustiça relacionado ao direito negado a alguns moradores, a partir da parada 104 da RS-020, não só dos ACS que são moradores do rural, mas também dos demais trabalhadores da Unidade. Pelo fato de ter havido remarcação dos limites geográficos entre os municípios vizinhos, Gravataí e Taquara, os usuários, depois dessa demarcação, não poderiam ser atendidos em Morungava. Em relação a essa questão, um dos profissionais disse-me que eram pessoas que eles conheciam, sabiam o nome, e feito visitas, e a posição dos profissionais, de modo geral, foi a de permitir

que utilizassem o serviço, mesmo tendo a orientação do “*prefeito*” de não atendê-los. No grupo focal que realizei com os ACS essa questão veio à tona, nas palavras de um deles, e apoiado por outros, ele disse:

Outra injustiça que existe dentro de Gravataí, é o desmembramento do pessoal da 104. Uns dizem que é disso, outros que é aquilo. Eles desvalorizaram, largaram aquelas pessoas de mão. Da parada 104 até 109, que é Gravataí. Eles estão ali fora de área. Pessoas injustiçadas. [...] E, ninguém abraça eles. O prefeito aqui não quer abraçar, o prefeito de lá não quer abraçar. Vai para Novo Hamburgo, Taquara, Gravataí, ninguém quer abraçar eles. Se eles foram nossos, vão ser sempre nossos. E, nós temos que recebê-los. “*Mas é fora de área, não pode atender e não sei o que*”. Está errado. [...] (Marcela– Grupo Focal)

A questão do direito no contexto apresentado está relacionada à ideia de pertencimento social. Não deixar usar o serviço de saúde é algo que fere o sentimento de obrigação desses profissionais de oferecerem a atenção em saúde. Portanto, emerge daí um ponto de consenso entre eles.

Outra situação que gera insatisfação entre os trabalhadores, e fere a ideia de pertencimento e segurança em relação à legitimidade de suas decisões, é a responsabilidade que têm em pagar as horas que recebem pelos dias de folga, como acontece entre a segunda e a terça-feira antes da quarta-feira de cinzas, feriado de carnaval. De um ano para o outro tive a oportunidade de acompanhar esse processo. Eles poderiam pagar essas horas trabalhando 15 ou 30 minutos a mais ao final do turno de trabalho, mas em dado momento não foi mais possível, tendo que fazer uma hora inteira ao final de cada dia de trabalho. Em um dos decretos a que tive acesso, menciona-se que isso ocorreu em função do rendimento do serviço prestado pelos órgãos públicos. No decreto consta que não funcionar nesses dias, em que os demais serviços prestados à população irão funcionar de forma irregular, a prefeitura estaria realizando uma ação que repercutiria em economia para os cofres públicos à medida que se evitaria o fluxo de despesas correntes com água, telefone e energia elétrica sem deflagrar prejuízos ao interesse público. Mas em nenhum momento o decreto menciona que os profissionais têm o direito às folgas como um benefício por dedicarem horas valiosas de seu dia à instituição.

Os profissionais não precisam compensar as horas no mesmo dia. Cada um escolhe seu dia, e o serviço não fica aberto ao público porque geraria confusão entre a própria população, que não saberia mais o correto horário de funcionamento. O codinome dado pelos profissionais à compensação do feriado estendido é “horas

castigo”, pois, para eles, é uma punição. Nos dias em que estive com os profissionais, e também tive que ficar mais tempo, além das 17h, foi muito ruim, pois o serviço de saúde estava fechado e os profissionais manifestavam o sentimento de que estavam ali fazendo algo inadequado. Evidentemente, eles sabiam que poderiam fazer algum trabalho burocrático, mas, ao mesmo tempo, sentiam-se desrespeitados por terem que ficar ali, pois não tinham a possibilidade de expressar seu desejo em não fazer o feriado estendido e ter de pagar por essas horas. Em um desses dias, um dos trabalhadores comentou: *“para ficar em casa, por que sem dinheiro, não adianta”*. Assim, alguns deles alimentam o desejo de não folgarem nesses feriados estendidos.

Em tom de brincadeira, os profissionais falam que esse tempo é para descansar e, quem sabe, fazer outras atividades — trabalhos para a universidade, costurar, resolver problemas pessoais, usar o ar-condicionado e o espaço da *“prefeitura”*. Um profissional que já foi coordenador da ESF comentou que quando ele atuava nesse cargo ainda era possível negociar com as equipes, e uma delas ficava trabalhando nos feriados, assim o serviço ficava aberto e ninguém era punido. Esse é um assunto que gera muita indignação entre os trabalhadores.

Situações como essas se configuram como atentados à identidade dessas pessoas, pois, ao invés de se sentirem partes de um aparato que atua em conjunto na atenção em saúde da população sentem-se mão de obra sem valor para emitir um julgamento sobre seu próprio processo de trabalho. O que é uma contradição, pois quando estão em contato com os usuários eles são autoridades para propor não só trajetórias assistenciais, mas para compor com os usuários relações que têm como desfecho contribuições importantes para a vida deles.

A incorporação do ponto biométrico foi a solução encontrada pela gestão municipal para vigiar os trabalhadores, controlar os horários de quem comparece ao serviço e justificar as horas a menos na folha de pagamento de quem não comparece. Mas para os trabalhadores foi um elemento fragilizador de sua autoimagem, da formação do autorrespeito, pois se sentem punidos pela gestão municipal e simbolizam isso na figura do ponto biométrico. Em dada circunstância, logo que ponto biométrico foi inserido, um dos profissionais me contou que a equipe viu que estava caindo água do ar condicionado sobre o equipamento e não tomou providências, de modo que ele estragou. Foi consertado dias depois e com mais rapidez do que o conserto da cadeira do dentista. Percebo que o dia em que o ponto biométrico estraga

é um dia de alegria para os trabalhadores, nem tanto porque poderão sair mais cedo, mas por ser quase uma vitória sobre a vigilância que vivenciam.

Para os profissionais que recebem os menores salários, o desconto de horas de trabalho no contracheque é muito significativo. A coordenação, mesmo que implicitamente, pode justificar as faltas, explicando os motivos pelos quais o trabalhador precisou se ausentar do serviço ou não chegou a tempo de registrar seu ponto no final do turno, por isso há uma briga mensal entre os profissionais e a coordenação, especialmente envolvendo os ACS. Quase sempre paira no ar o sentimento difuso em relação ao “culpado” pelas horas não recebidas no contracheque, e também da legitimidade de, eventualmente, ter que faltar.

Ao rememorar minhas anotações no diário de campo encontrei uma situação que, apesar de ser relativamente simples, gerou o sentimento de desvalorização e indignação moral. Esses sentimentos brotaram na experiência de ter a confiança quebrada e um direito negado.

O carro dele estragou quando estava indo para o serviço, então ele procurou uma oficina, chamou o guincho e se envolveu com os trâmites da oficina. E, ele não foi para o serviço, no outro dia, a coordenadora já havia ligado para o setor de RH do Município para saber como proceder com sua falta. Neste dia, ele não teve as horas abonadas, não foi justificativa o carro estragar e ter que levar para a oficina. Como ele não bateu o ponto e não foi justificado, o valor foi abatido de seu salário. Na percepção dele, ela poderia ter justificado para ele, mas o que mais chateou ele não foi o salário, mas ela ter ligado para o RH antes de ter conversado com ele. Isso gerou nele o sentimento de ter sido traído por quem deveria estar ao lado da equipe. (Diário de campo, março de 2017).

A institucionalidade externa imposta aos profissionais, que diz o que é adequado ou inadequado para seu processo de trabalho, gera o sentimento de insegurança em relação ao quanto podem deliberar de forma autônoma suas decisões e o quanto poderão ser punidos por isso. Essa normatividade gera práticas de humilhação na equipe, pois as cobranças se tornam injustificadas e produzem brigas, materializando entre os colegas de equipe o sentimento de insatisfação e comparação. Daí emerge, conforme dizem alguns profissionais, a interpretação de que “ninguém ganha nada por ser melhor”. Mas esse ganhar não era atribuído ao dinheiro, mas à valorização que vinha do que consideravam digno de respeito, de modo que quando não se sentiam respeitados eles encontravam formas de ficar no anonimato.

Pensando sob a perspectiva do quanto os profissionais experimentam o sentimento de serem lesado em seu direito de ser autônomo em determinadas decisões acerca do seu processo de trabalho, hoje eu compreendo o porquê de os profissionais não permitirem que eu fotografasse momentos que eu considerava relevantes para a construção de espaços de sociabilidade no serviço, os quais favorecem o estabelecimento de relações intersubjetivas embasadas no respeito. Havia dias em que fazíamos almoço para comemorar algum aniversário, ou semelhante a um dia de domingo em família (colocávamos a mesa no corredor da Unidade e nos sentávamos ao redor), datas raras, alguém deveria fazer doações, as quais vinham dos profissionais com maior salário — o médico e o dentista. Nesses dias, eu sentia a alegria deles misturada à impressão de que aquilo não era uma atitude condizente com o espaço ou o trabalho deles.

Nesses momentos que descrevi, os profissionais construíam, entre eles, relações de camaradagem, de amizade, que deixavam o processo de trabalho mais leve. Ao mesmo tempo, eu percebia que eles não conseguiam aproveitá-las, pois se sentiam como se estivessem cometendo um delito. Mas não estavam, pois desses espaços podem emergir relações afetuosas e o sentimento de pertencimento entre eles. Considero que esse sentimento tem a potência de fazer com que esses profissionais trabalhem em nome de um coletivo. Evidentemente, como em tudo na vida, há arestas a aparar no sentido de não desencadear uma relação corporativista, mas mitigar sentimentos de injustiça e sofrimento que eles vivenciam cotidianamente.

As situações que acompanhei deram a impressão de que os trabalhadores vivenciam uma ciranda, da qual é difícil sair, pois, frente às situações de enfraquecimento da capacidade de serem reconhecidos como competentes para tomar decisões, algumas artimanhas vão emergindo e nem sempre conseguem ser justificadas dentro do funcionamento do grupo, embora, situacionalmente, sejam compreensíveis. A fuga das relações/situações que geram sofrimento tem como solução faltar a um dia de trabalho ou encontrar subterfúgios para não estar na relação ou situação que se conforma como a expressão da insuficiência ou inexistência da visibilidade social. Essa prática é tão comum que a gestão municipal se envolveu no assunto, gerando um decreto, com o qual tenta coibir esses casos. Em 2017 foi decretado que o atestado de médicos ou de dentistas que trabalhassem na mesma equipe não teria validade para justificar as faltas. Além disso inseriu a prerrogativa de que o atestado médico deveria conter informações relevantes para a verificação dos

médicos peritos da instituição, não poderia ser retroativo, e que o profissional que expedisse o atestado não poderia ter alguma relação pessoal com o profissional que o recebesse.

Essa situação dividiu os profissionais. Alguns se posicionaram, expressando insatisfação com o decreto, dizendo que, em outras palavras, o decreto proibia que o profissional passasse mal durante o turno de trabalho, que deveria procurar outro serviço de saúde para ser atendido. Além disso, muitos profissionais não têm plano de saúde privado, o que gerou receio por parte deles, pois não teriam onde buscar atendimento, especialmente os ACS, e o decreto ficou conhecido como o “*Decreto perverso*”. Por outro lado, alguns profissionais entenderam necessária essa medida, dizendo que havia “*trocas de gentileza*”, referindo-se às situações em que servidores emitiam atestados para abonar as faltas de colegas, o que fazia com que a relação deles dentro do serviço de saúde fosse levada para um plano das relações íntimas, do domínio privado, algo que fere o grupo maior de trabalhadores.

Naturalmente, a organização do grupo, a forma como os membros constituem a convivialidade entre eles, demonstra que falta diálogo entre os profissionais que trabalham juntos, o que não é facilitado, pois, mesmo trabalhando juntos eles não possuem uma relação de aproximação. Constatei que, no grande grupo, há pequenos clãs que se fecham para se proteger e não se expor a situações que eles não conhecem ou que se conformaram como espaços de desrespeito, entre as quais as reuniões de equipe. A conversa entre eles, nas reuniões, que deveria acontecer de forma naturalizada, não era algo que ocorria com facilidade, pois, em inúmeras vezes em que acompanhei os ACS em suas visitas, ao retornarem à Unidade não compartilhavam com os demais membros os casos que presenciavam. Pareciam descrentes de que o ato de compartilhar poderia gerar alguma forma de resolução para o problema que tinham tomado conhecimento.

11 SENTIMENTO DE VALORIZAÇÃO SOCIAL VERSUS SENTIMENTO DE INJUSTIÇA

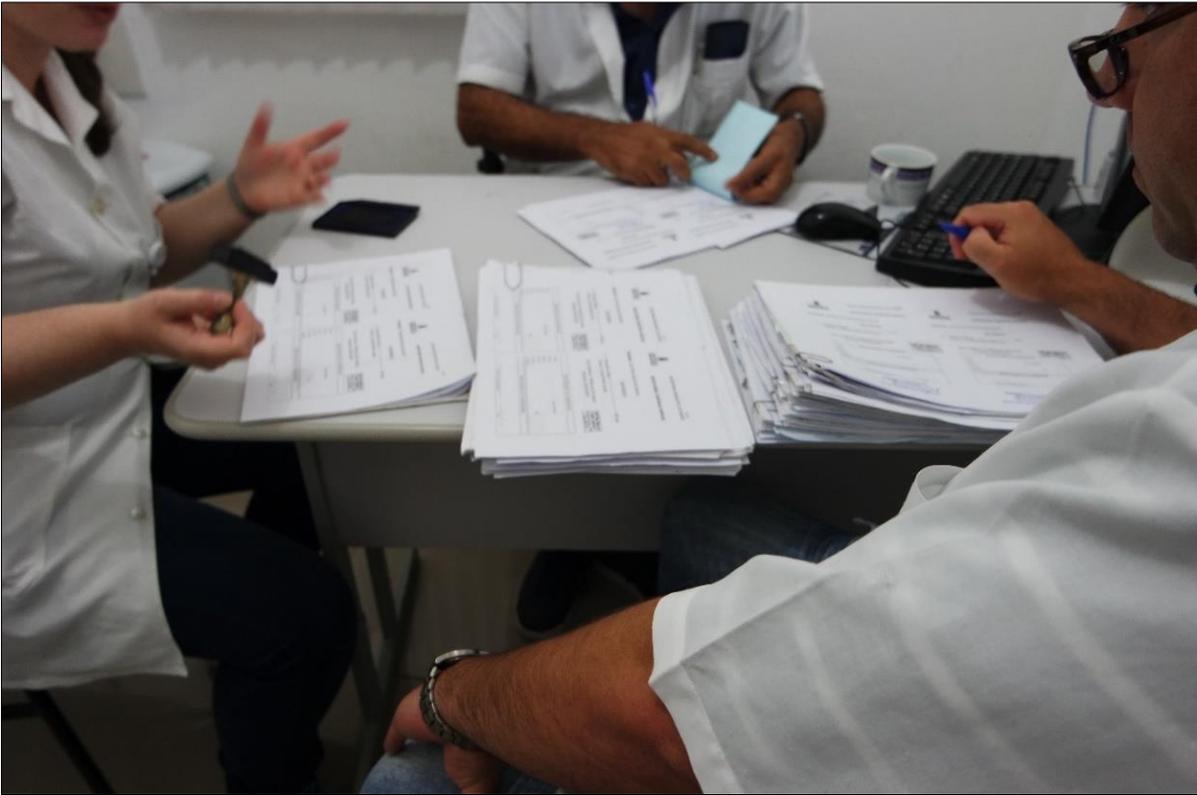












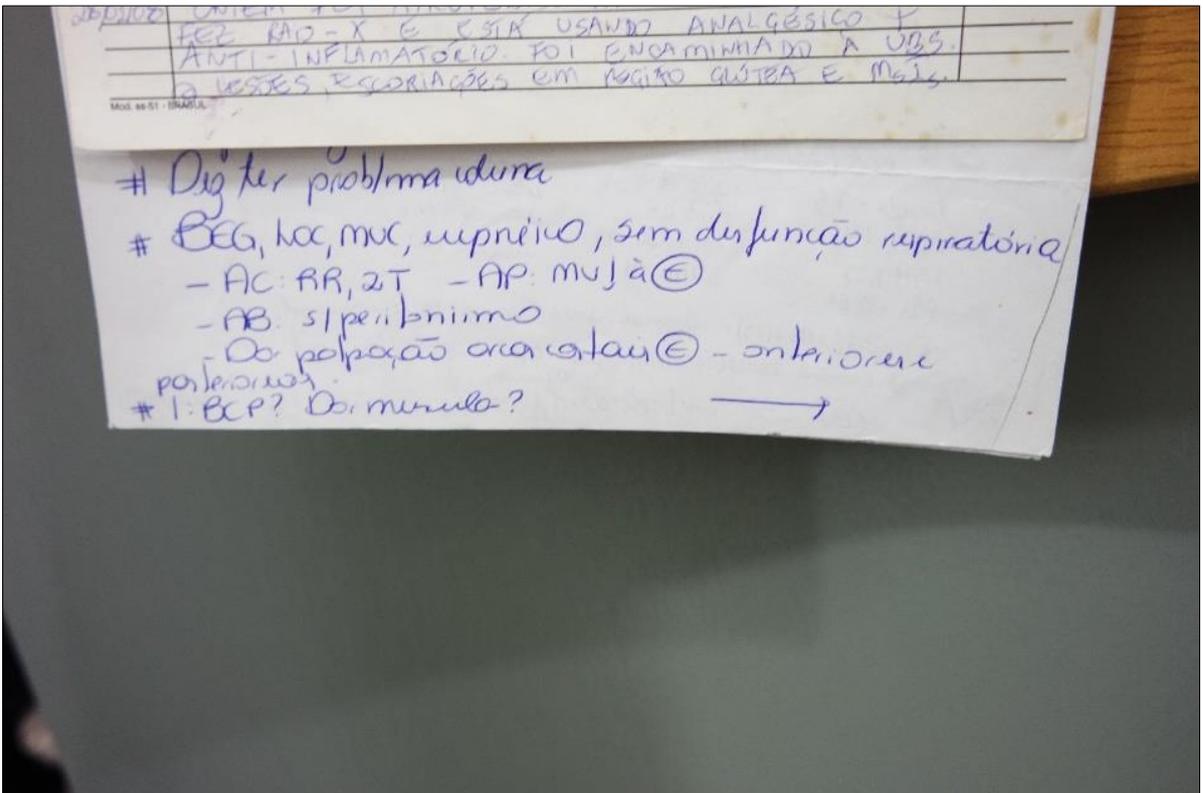


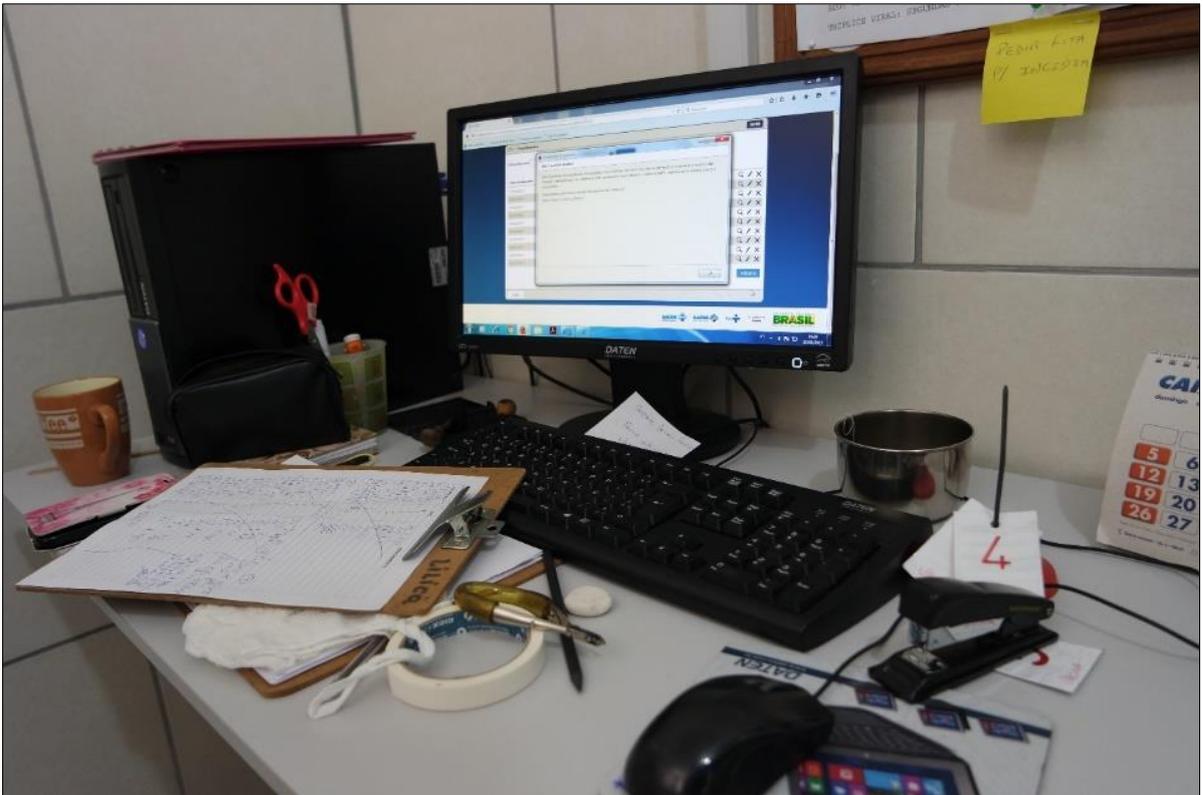




















A estima social é o que constrói o valor dos indivíduos, e são as relações sociais flexíveis, no seio da sociedade civil, que tratam das contribuições sociais e das realizações dos indivíduos; são as redes de solidariedade e de valores compartilhados que concedem a importância dos os membros de determinada comunidade (HONNETH, 2006). No cotidiano do serviço pude perceber que os profissionais têm, no desempenho de suas atividades, a fonte da conformação de sua autoestima, e é o que lhes dá a visibilidade do valor que têm, tirando-os de uma posição anônima e levando-os a desempenhar uma atividade considerada contributiva para o coletivo. Então, acompanhando as atividades deles e ouvindo seus relatos, entendi que a visibilidade dos profissionais perante os usuários forma-se em uma relação estreita entre o funcionamento do serviço e o desfecho das atividades que desempenham, pois disso vem o prestígio social. E nas atividades que entendem como honrosas socialmente, como o caso que acompanhei de uma usuária gestante que se mudou para Morungava e estava sem emprego, morando com cinco filhos. Um dos ACS chegou à Unidade contando a situação e prepararam uma caixa para doações. A equipe se mobilizou e logo a caixa estava cheia, em um dos dias em que o carro da SMS estava disponível fomos levar as doações. Também acompanhei outros casos como esse, com a arrecadação de roupinhas para bebês, fraldas ou doação de sangue.

Entretanto há um tipo de conflito que se mostrou difusamente espalhado pelas relações que se estabelecem no serviço, que está transcrito nas diferentes formas de boicotes entre os membros da equipe. Percebi que há uma divisão na equipe entre os ACS e aqueles que são técnicos, especialmente da Enfermagem. O dentista e os médicos, em função do longo tempo que permanecem nos consultórios, não se envolvem pessoalmente com esses conflitos. Então, os ACS se dão conta de que a lógica imposta pelo território não se encaixa com o que é prescrito pela organização do serviço de saúde e do Sistema como um todo. Acompanhei casos em que o agente fez uma combinação com o usuário em seu domicílio, mas quando chegou à Unidade não teve apoio da equipe — casos de agendamento sem passar pelo acolhimento ou alguma receita de renovação de medicamentos. Essas situações geravam o sentimento de que o trabalho que era desempenhado pelo ACS tinha pouco valor. E um dos ACS disse-me: *“quando eles chegam aqui, eles barram, mandam embora. Mas, eles não têm como voltar para casa. É bem complicado. Tem algumas coisas que às vezes tu consegues resolver aqui. Tu te sentes útil”*. Quando os ACS fornecem

algum tipo de informação sobre o funcionamento do serviço, e ao chegar ao serviço o usuário constata que é diferente do que lhe foi informado, os ACS chegam a ser chamados de mentirosos. Isso afeta diretamente a honra deles, na condição de alguém que desempenha determinado papel no contexto do serviço de saúde.

Por outro lado, a equipe técnica também sofre. O convívio com os usuários e a proximidade que os trabalhadores estabelecem com o cotidiano das pessoas produz uma relação de vínculo que, em alguns casos, é quase de camaradagem. Mas é nessas relações, em que há preocupação e zelo para com o outro, que emerge o sentimento de desrespeito ao valor social da função que exercem dentro do serviço de saúde. Os profissionais, quando percebem que, em algum momento da trajetória assistencial, o usuário teve seu direito negado apesar do esforço que despenderam, consideram esse ato um atentado ao valor de seu trabalho e ao papel que gostariam de desempenhar.

Os ACS mencionaram um ponto bastante complexo: as especificidades de cada microárea que o serviço abrange. Mencionaram que cada lugar tem sua própria realidade, fazendo com que cada um deles tenha que trabalhar de um jeito diferente. E entendem que a lógica que se imprime dentro do serviço os desrespeita, porque quem sabe de cada especificidade são eles, que moram no rural e não os demais profissionais que são do urbano. Não era raro eu escutar: “*nós somos daqui, eles vêm de lá*”, referindo-se aos demais trabalhadores. Um dos ACS disse que não concorda com a convenção de que os idosos tenham que ir pessoalmente ao serviço de saúde às 8h agendar uma consulta, que eles próprios mesmos poderiam fazer isso, considerando o tempo de espera para passar por acolhimento e a relativa simplicidade do procedimento necessário — a renovação de uma receita de medicamentos de uso contínuo —, ou as dificuldades de se deslocar no rural, pois nem todas as localidades dispõem de diferentes horários de ônibus.

Cada um dos ACS conhece os usuários que estão em sua área adscrita, assim, sabem quais deles precisam utilizar o ônibus, passar pelo processo de acolhimento, agendar consulta e aguardar o próximo horário de ônibus para retornar até sua casa, o que pode acontecer ao final da tarde. Os relatos que acompanhei demonstram que oferecer informações não é suficiente para as funções que os ACS entendem poder desempenhar, mas, de alguma forma, é isso que lhes é relegado.

Outro aspecto que emergiu nos debates foi o fato de as pessoas que assumem a coordenação do trabalho deles não terem vivência do cotidiano, por exemplo, o

Secretário Municipal de Saúde cujo cargo é passageiro. As deliberações do cargo que o secretário ocupa repercutem no trabalho que os ACS desempenham, gerando o sentimento de insatisfação e postura de embate por entendê-las, em grande parte, desnecessárias. Além disso, em determinados momentos a confiança que os profissionais têm na racionalidade da organização do sistema de saúde é violada. Exemplo disso é o caso em que os ACS foram convocados a registrar informações dos usuários que atendiam — CPF e número do RG de cada um dos membros da família — o mais rápido possível, pois o município implantaria um novo tipo de identificação para usuários, agora informatizado e integrado. Os ACS gostaram da ideia e fizeram esse trabalho, mas o secretário de saúde da época foi transferido para outro cargo político, saindo da secretaria e foi morar em Brasília. Com isso, o plano de fazer o cartão informatizado foi cancelado, mas as famílias que forneceram uma série de dados ainda cobram dos ACS a promessa do novo cartão de identificação, mesmo havendo transcorrido vários anos. Os ACS relatam que se sentiram na obrigação de fazer aquela atividade, e justamente em um período em que pessoas da própria região estavam aplicando golpes na vizinhança. De má fé, algumas pessoas percorriam o rural, se passando por profissionais dos mais diferentes setores e solicitavam documentos e cartões com senha dos moradores. Pelo fato de serem conhecidos, os moradores forneciam os dados. Por conta dessa situação e pelo fato de não terem conseguido honrar a promessa que fizeram de fornecer os cartões informatizados, os ACS sentem que, de alguma forma, a confiança que os usuários depositavam neles foi quebrada.

Outro momento que marcou a experiência dos ACS, em relação à visibilidade de seu trabalho, foi quando as atividades dos Agentes de Endemias iniciaram suas atividades no município. Os ACS me relataram que as atividades voltadas à vigilância de casos novos da Dengue mobilizaram toda a rede de serviços e que eles foram encarregados de preencher as folhas de controle de áreas consideradas de risco. Alguns ACS se opuseram, e, segundo alguns deles, “levaram um xixi da coordenação das ESF” e então iniciaram essa atividade. Na tentativa de experimentar a validade do trabalho que estavam realizando, um deles fez uma denúncia durante três semanas seguidas e absolutamente nada foi feito a respeito. O sentimento expresso foi de que a atividade era para “encher linguiça” e que eles estavam sendo usados como mão de obra para tanto.

Os profissionais percebem que estão longe da lógica institucionalizada, do que é ditado como adequado para o funcionamento do serviço de saúde. Uma das coordenadoras disse-me, com ar angustiado e com a impressão de que estava sobrecarregada, que

Não funciona porque para a estratégia funcionar plenamente tem que ter toda rede estruturada, senão, não vai funcionar. Porque a gente apaga muito incêndio. A gente não consegue fazer o acolhimento como prevê, porque o acolhimento não deveria ser limitado, mas se eu não limitar, eu não vou fazer outras coisas. Eu vou só fazer acolhimento. E acolhimento é basicamente queixas, coisas crônicas que agudizaram. Aí eu não vou conseguir fazer um olhar ampliado. Então a gente limita pela manhã. É o nosso limite, que o pessoal venha na unidade no turno da manhã pra gente fazer o acolhimento. Se não eu não faço o Programa Saúde na Escola, eu não faço os grupos, não faço grupo de gestantes, não faço visita domiciliar, eu não vou pro território, não faço as ações extra-muro. E muitas coisas é em função da infraestrutura da rede como um todo, ainda está fragmentada e, em algum lugar vai estourar e, é na atenção básica e nos serviços de urgência. E as pessoas vão vir aqui. Claro tem o primeiro atendimento, a gente identifica as necessidades, mas não é só isso. Não é só isso. Então isso que complica. Agora a gente teve um período de chuvas, de granizo e tudo mais, então aqui sofreu bastante, o bairro Morungava foi bastante atingido e, eu já tive três casos de leptospirose. E aí eu tenho que conseguir identificar, óbvio a gente já identificou as pessoas, já realizou o atendimento, a gente sabe que estão bem, mas assim, a gente precisa trabalhar isso na comunidade e eu não consigo sair daqui, porque o posto está com o telhado quebrado, tem outras questões, também. (Anabela, entrevista)

Desse modo, deduz-se que os profissionais se enquadram no que a institucionalidade do funcionamento dita, e por isso sofrem, pois veem que no cotidiano as coisas funcionam de forma diferente, e mesmo assim continuam sendo cobrados pela normatividade. E estão sob cobrança e vigilância em relação a isso, como narrei em relação ao ponto biométrico.

Esses profissionais, ao perceberem que o trabalho que desempenham não tem o mesmo valor para o grupo — e eles acreditam tê-lo —, colocam-se na posição de que, como me disse uma das trabalhadoras, “*Não vou ganhar reconhecimento nenhum, não vou ganhar estrelinha nenhuma. Então, por que fazer?*”. Esse fazer é importante para os trabalhadores, mas ao ficarem na invisibilidade têm a oportunidade de não sofrer.

Nesse momento, rememorando um pouco das minhas vivências ao folhear o diário de campo, lembro-me do quanto fiquei incomodada com uma fala de Lisbela:

Hoje foi o dia de campanha do “Outubro Rosa”, alguns profissionais se envolveram na atividade, menos os ACS, pois eles não podem repor ou fazer

banco de horas com estas atividades. A atividade não foi muito divulgada, pois como comentou um deles, “se ficar anunciando vem muita gente”. Nesse dia, é comum que os serviços de saúde comuniquem as universidades próximas para que alunos de medicina e enfermagem possam desenvolver atividades. A Lisbela no horário do almoço falou uma coisa que eu fiquei muito chateada. “Ah, aqui é assim, aqui é concurso, passamos o mês sem fazer nada e ainda por cima ganhamos salário no final do mês.” Também, noutro momento do dia, ela me disse, entre risos, que não era para eu ficar me oferecendo para pegar trabalho, que nem ela quando era nova (Diário de Campo, outubro de 2016).

Hoje, um pouco mais afastada do campo, olho para essa situação sob outra perspectiva, refletindo sobre o fato de que Lisbela é uma das profissionais mais procuradas pelos usuários, e isso incomoda seus colegas de equipe, pois nem sempre ela respeita os acordos rígidos dos horários e das filas, gerando situações em que emergem brigas entre os colegas. Entendo que sua fala remete a uma forma de enfrentamento que a protege do sofrimento gerado com a vivência de sentir-se desrespeitada pelos colegas e pela instituição na qual ela trabalha. Ela já morou em Morungava, demonstra ter interesse e uma relação mais próxima com os moradores. Mas isso provoca conflitos entre os membros da equipe, pois eles acordam protocolos que são quebrados por Lisbela, conforme me disse um profissional sobre a cisão que emergia entre os profissionais por causa disso:

[...] então, eu me lembro que [nomes] de vez em quando estavam muito chateadas com a [nome], porque ficava aquela coisa da boazinha, da amorosa, da que vai e resolve, dá um remedinho e, os outros como tinham sido tratados... Não, a pessoa tem que vir horário tal para resolver tal coisa e fazer o encaminhamento tal. Eu sempre fui muito a favor que a gente tentasse chegar a um meio termo e nem toda regra tem que ser tão rigidamente seguida, cumprida, porque ali existe uma particularidade, né? Por exemplo, a pessoa que chegou um pouquinho atrasada numa consulta, às vezes, não ter direito ao atendimento porque está no regulamento, eu sempre procurava pensar na dificuldade que aquela pessoa tinha, uma dizer que foi o cavalo, que foi a carroça que parou no meio da estrada, outro... [...] (Aurora,

Essa situação indica que não há cooperação entre os membros dentro da instituição pública, em que os membros se boicotam, não valorizam a postura do outro, entendendo-a como algo negativo e que deve ser banido das práticas, empobrecendo a ação social de quem atende pessoas que têm uma imensa pluralidade de condições e experiências. Assim, consegui entender o mecanismo que faz com que Lisbela prefira o anonimato em detrimento da exposição em se envolver com situações que demandam que o profissional tome atitude e assuma uma postura mais ativa. Além

disso, informalmente os profissionais sabem que alguns têm privilégios que não estão contidos na normatividade a que outros têm que se enquadrar, como a liberação para fazer cursos ou o lugar na fila que é furado para algum parente. Eles aprovam esses atos, mas deveriam ser públicos, pois quando não são informados ao grande grupo, durante as reuniões, ou não são compartilhados entre eles, publicamente, essas ações são interpretadas como uma injustiça.

[...] no trajeto ele conversou comigo e expressou um grande sentimento de desrespeito, a conversa iniciou com o assunto de que o [...], o outro Enfermeiro da unidade foi transferido para outra ESF. Ele disse que ele estava em férias e que a equipe a que ele pertence fez um grupo no WhatsApp e ali houve muitas trocas de desaforos e se criou um espaço para falar mal de quem não estava lá. E, que tinha ficado profundamente chateado com a coordenadora por ter disso conivente com isso. [...] Ele nunca tinha conversado sobre essas desavenças comigo, sempre muito discreto. Mas, hoje ele falou muito. Na percepção dele, há pessoas que são privilegiadas pela gestão, ele ficou sabendo que eram liberadas para fazer cursos e que outros não. Então, ele falou sente que não recebe um voto de confiança, que as pessoas por serem honestas e esforçadas não recebem nada de diferente daquelas que não fazem nada. Ele fala que poderia haver alguma forma de retribuição para os funcionários, como férias ou quadriênios, mas não há nada disso. [...] Lembrei de outra pessoa que um dia me disse que o seu sonho de consumo era ter plano de saúde privado (Diário de campo, dezembro 2016).

Essas situações ferem o entendimento que os indivíduos têm do que é digno de respeito, como é o caso de um dos profissionais que fez uma maratona na tentativa de fazer um curso de pós-graduação que considerava importante para que pudesse colocar em prática aprendizados no centro de especialidades do município. Mas não conseguiu porque teria que trabalhar noutros dias, como os sábados, para completar a carga horária dos dias que ficaria fora da Unidade. Ele tentou, mas tinha que ir até o município, bater o ponto, depois voltar para Porto Alegre, onde realizaria o curso, e retornar ao município para bater o ponto novamente. Dadas as distâncias entre o serviço onde ele trabalha e o curso, em Porto Alegre, isso inviabilizaria sua realização, pois, além de pagar a gasolina do carro e as mensalidades do curso, ele perderia tempo de aula. E a questão de pagar horas sai caro para esses profissionais, pois eles têm família e atividades relacionadas à rotina pessoal. Ao constatar que não conseguiria fazer o curso, esse profissional sofreu muito, ficou muito triste, e parece que isso gerou o sentimento de frustração em relação à importância do papel que tem e a postura de não fazer questão de colaborar com os demais membros da equipe.

No cotidiano vi algumas formas de boicote que fragilizam a construção coletiva e a apropriação do público por parte dos profissionais: o não assentimento para que seus membros participassem de atividades consideradas relevantes para os usuários, por exemplo, passeios no final de ano, não sendo percebidas como algo valioso para o cotidiano de trabalho. Ou, como vi algumas vezes, não aprovar, mesmo por meio de palavras, o quanto eram valiosos os presentes que eles ganhavam. Lembro-me, aqui, das inúmeras vezes que tomamos café da tarde com queijo ou pão doado por algum dos usuários. Parece essas pequenas situações construídas entre os profissionais tem influência na postura de não partilhar esses presentes, fazendo emergir o sentimento de que o outro é egoísta, pois um deles me disse: “*O fulano é outro que traz coisas e só divide com a panela aqui dentro, deixa nós tudo de fora...*”.

Pelo fato de não existir um grupo, no sentido de conformar um coletivo, determinada relação entre os profissionais demonstra haver uma fragmentação e alianças parciais. Não falo isso pensando em alguma “psicologização” dessa relação, mas do quanto essa ideia é importante para a esfera pública, relativa ao Estado democrático de direito. Honneth (2013) aponta que o “nós” da vida comum em grupo é importante para que se alcance o necessário reconhecimento social que é valioso como fonte de motivação para que se participe da vida pública. Há uma dependência no grupo que ocorre pelos valores compartilhados em experiências de apoio, que aqui eu olho na perspectiva da estima social, mas que tem relação com o autorrespeito e com a autoconfiança.

De acordo com Honneth (2013), “*não há uma diluição harmônica do eu no nós do grupo*” (p.86), no sentido de que no grupo surgem conflitos que estão relacionados à necessidade dos membros em ter visibilizadas suas realizações de forma respeitosa. Dentro dos grupos surgem hierarquizações e disputas acerca da demonstração dessas realizações, o que pode fomentar alianças parciais entre alguns membros e o fracionamento do funcionamento grupal, assumindo, assim, dinâmicas que geram sofrimento e são ameaçadoras das identidades individuais, tão caras de serem alcançadas. E também são altamente relevantes para se pensar a apropriação de um espaço público, o serviço de saúde.

Uma fala comum aos ACS é que eles sentem falta da presença da equipe nas visitas que realizam, pois, algumas famílias não querem mais recebê-los em função de que em todas as visitas as orientações são as mesmas, e os ACS não conseguem ser propositivos nas atividades que desenvolvem em domicílio. Entendo que isso está

relacionado, em parte, à perda ou, mais anterior ainda, a não conformação de uma identidade coletiva, voltada para a educação popular, com a não medicalização das demandas em saúde. A presença da equipe nessas situações seria uma forma de mostrar para quem está distanciado de suas vivências que, em dadas situações, não é possível mesmo fazer algumas atividades que deveriam ser realizadas. Uma das ACS disse-me:

Esse tipo de coisa incentiva, “vai, pode ir”, “tranquilo, de boa, eu assino em baixo!” Facilitar a vida da gente. “Ah, tem o paciente ali que eu queria hoje ver a pressão, tu podes ir comigo?” E aí “ah, a pé eu não vou!” Mas se a gente vai, porque os outros não podem ir? “Ah eu queria hoje que tu fosse dar uma olhadinha lá!” Daí “ah, vou esperar, quando eu tiver o carro eu vou”. Não é quando tiver o carro, a gente queria que fosse hoje. Que a gente teve lá na casa do paciente hoje, e a gente acha importante hoje. “Ah, a pé eu não vou, só quando tiver o carro”. Isso aí frustra. [...] Aí tu te desmotiva e acaba não fazendo. Quando eu morava na outra área, tinha uma criança com as vacinas atrasadas, cansei de falar em reunião. [...] (diário de campo, janeiro de 2017)

O sentimento que é descrito no formato de frustração por esse entrevistado denota a percepção que muitos têm de não serem considerados importantes para o grupo, ou pessoas que poderiam ser facilmente substituídas, colocando-se na posição de anonimato. Ou, ainda traz para a discussão o fato de que, cotidianamente, os profissionais constataam que há um distanciamento muito grande entre o que foi institucionalizado e assentido como o mais adequado e aquilo que é vivenciado na prática. Além disso, experimentam situações em que se sentem desvalorizados ao se esmerar para que aqueles valores a serem seguidos sejam executados e o quanto isso não é possível, por exemplo, as políticas de humanização ou de acesso aos serviços de média e alta complexidade.

Ainda, algo que se constitui como uma depreciação para os trabalhadores são as relações melindrosas que se estabelecem com as contratações sem processos públicos de seleção, como os cargos de confiança. Os motoristas dos carros que levam os ACS para os locais mais distantes, no rural, trabalham nessas atividades em função de suas relações próximas e de dívida político-partidária com vereadores ou altos cargos na prefeitura municipal. Os profissionais reclamavam muito do tratamento dispensado aos ACS por alguns motoristas quando iam fazer suas visitas. Em dado momento, vivenciei uma situação de desrespeito envolvendo um motorista. Ele chegou atrasado à Unidade e as ACS comentaram que isso era ruim, porque se repetia semanalmente, e as casas eram distantes e muitas, e com o atraso do motorista elas precisariam fazer suas visitas muito rapidamente. Ao ouvi-las, o

motorista freou o carro bruscamente e deu ré, dizendo que elas poderiam ficar, que ele não se importava, que estava lhes prestando um favor. As ACS disseram que precisavam ir fazer as visitas e ficaram em silêncio.

As visitas aconteceram, mas eu percebi o quanto elas tinham ficado chateadas. Ao retornarmos à Unidade elas desabafaram, e, como de costume, foi na cozinha. Elas contaram o fato aos demais membros, mas, além de ser uma postura recorrente desse motorista, o acontecido não recebeu a visibilidade que elas gostariam, pois os demais membros ouviram e continuaram seus assuntos, e elas não se sentiram acolhidas entre aqueles com quem compartilharam esse desrespeito. Ao acompanhar esse ocorrido, e pelos comentários dos demais quanto à relação que este motorista tinha com o prefeito em específico, tive a impressão que eles se sentiam impotentes diante dessa relação que obscurece a expressão do valor que tem o trabalho das equipes junto às famílias, e que poderia ser ruim para a própria equipe fazer uma reclamação formal. Mas, mesmo assim, os ACS fizeram uma reclamação formal, apoiada por uma parte dos ACS e encaminhada pela coordenação do serviço. O desfecho dessa atitude favoreceu a todos. Aquele motorista não atendeu mais a Morungava, como disse um dos trabalhadores quando perguntei o porquê do Seu Fulano não ter vindo mais: “- *Coitadas das outras equipes que tem que usar o carro com ele*”.

Em meu entendimento, essa situação ilustra os efeitos da falta de coesão entre os membros da equipe em não assinarem todos juntos a solicitação de afastamento ou não terem tomado uma atitude há mais tempo. Considero, também, inapropriada a postura da gestão municipal em colocar pessoas que não têm afinidade com as atividades desenvolvidas pelas equipes para trabalhar com elas, pois, apesar de não ser diário o atendimento dos motoristas, eles participam de uma atividade importante realizada pelos profissionais. Por outro lado, há um desses profissionais que os trabalhadores gostam muito. Ele desce do carro durante as visitas realizadas, o que desperta o sentimento de satisfação, pois, de algum modo, ele entende que aquela atividade é relevante.

Outra questão analisada, é que para os ACS a presença dos profissionais de ensino superior é uma forma de atender a uma demanda do próprio usuário que, “às vezes, é só o que ele quer! No começo da conversa ele já pergunta para ti: *tu podes verificar minha pressão?*”. Nesse ato de atender a demanda dos usuários, os ACS têm acatada a sua própria necessidade de prestígio junto àqueles que atendem, o que

visibiliza suas capacidades e comprova sua importância, revelando o prestígio de ser da “saúde”. É interessante fazer esse apontamento porque, no cotidiano da equipe, a produção quantitativa e o preenchimento de documentos têm grande relevância, e, assim, os ACS alcançam visibilidade nesse grupo ao conseguirem realizar adequadamente as demandas burocráticas. Esse fato constrói o entendimento de que a comprovação ou justificativa das atividades desses profissionais ocorre pelo preenchimento de papéis, não interessando à equipe o que é feito fora da Unidade de Saúde.

Ainda sobre o anonimato desse grupo, lembro-me de uma visita que fizemos a uma família em que uma mãe adolescente, tutelada pela avó materna do bebê, recebeu encaminhamento para cirurgia visando a correção da criptorquidia da criança. A família percorreu todas as veredas no município que englobava o acompanhamento pela equipe, o encaminhamento para o urbano de Gravataí, as consultas com os especialistas e deslocamento para o Hospital Santo Antônio da Criança, no Complexo Santa Casa de Misericórdia, em Porto Alegre. A família chegou ao hospital no dia agendado para a cirurgia, utilizando o transporte do município, mas não pode fazer o procedimento. A família não soube explicar o porquê, julgando tratar-se de insuficiência de documentos físicos, em papel, e que era uma falha da equipe do rural, disseram as duas usuárias. No documento fornecido pelo hospital de Porto Alegre, havia um recado, muito curto, que eu não entendi, e o ACS também não. Esse recado mencionava alguma coisa sobre o sistema de encaminhamento, continha a sigla “CME”, sem nenhum tipo de contrarreferência, nenhuma assinatura. Tínhamos somente os relatos da família que passou o dia com a criança, em pleno verão de dezembro, às margens de uma rua movimentada da capital, sem poder voltar para casa, pois o carro da prefeitura só retornaria ao final do dia, e sem poder usufruir de um lugar confortável. “- Foi um dia no inferno”, disse-nos a avó.

Ao passo que a família materializou sua indignação com o ocorrido na figura da equipe, que naquele momento não sabia do ocorrido, o ACS que acompanhava a família e conhecia sua história ficou extremamente chateado. Ele não sabia o que fazer, mas orientou a família a ir até a Secretaria da Saúde de Gravataí. Ao retornarmos à Unidade o ACS não compartilhou o caso com a equipe, e penso que o motivo dessa postura não era porque ele não tivesse interesse no caso, mas por entender que a equipe não considerava relevante esse caso. Então, não valia a pena comunicá-lo à equipe, mais seguro seria fechar-se na sala dos ACS e se envolver em

outras atividades burocráticas — a digitação no E-SUS que já consumia tempo demais deles e os afastava das atividades consideradas suas: estar na rua fazendo visitas as famílias.

12 Formas de valorização e desrespeito no espaço público: entre pertencimento e anonimato

A produção das narrativas visuais e a pluralidade de leituras possíveis sobre elas nos dão condições de pensar sobre as normas e valores que permeiam as relações estabelecidas entre os profissionais da saúde em um serviço público. A narrativa visual nos instiga a pensar sobre a vida cotidiana estabelecida recuperando e trazendo a possibilidade de um plano analítico o comum, de modo que é possível refletir sobre os efeitos relativos à participação na vida pública em cada uma das esferas do Reconhecimento. Deste modo, a análise das narrativas apresentadas anteriormente, permitiu a construção de um quadro que sintetiza cada uma das etapas de autorrealização, a autoconfiança, autorrespeito e autoestima, em seus respectivos domínios e destaca as formas de fortalecimento e de desrespeito. Tendo como horizonte da construção deste quadro o entendimento de que, a saúde é um direito de cidadania que opera na proteção da dignidade humana (ASSY, 2012), o não assentimento das esferas do Reconhecimento se manifesta na desvalorização e na invisibilidade social, fomentando toda a forma de desinteresse pela vida pública. O contrário, quando fortalecidas as esferas do reconhecimento, tem-se efeitos otimistas pelo interesse pela vida pública e a constituição de espaços que saem do privado e são alicerces para a constituição de um espaço público mais solidário.

Quadro 2 Descrição das formas de fortalecimento e de desrespeito, a partir dos domínios do Reconhecimento, e os efeitos no interesse pela vida pública.

Etapas de Autorrealização	Autoconfiança	Autorrespeito	Autoestima
Domínios	Relações afetivas	Direitos	Estima Social/Solidariedade

Formas de Fortalecimento	Reuniões em comemoração dos aniversários	Contribuir para a garantia de acesso a bens e serviços em saúde para os moradores.	Desempenhar as atividades que entendem contribuir para a trajetória assistencial do usuário.
	Almoço coletivo	Desenvolver com autonomia e com o sentimento de liberdade as atividades que entendem como suas.	Ganhar presentes dos usuários como forma de retribuição
	Uso da horta da unidade		Ter a autonomia de desenvolver atividades que entendem como honrosas, como a doação de sangue ou a doação de alimentos.
	Possibilidade de ter no colega fonte de motivação e segurança.		
	Respeito pela identidade da forma de fazer de cada um e saber que se tem espaço para demonstrar interesse pelo outro e suas memórias.		
	Relações de camaradagem entre eles e brincadeiras.		

<p>Efeitos que perpassam as três esferas: Interesse pela vida pública e constituição de espaços que saem do privado e são sementes de um espaço público</p>	<p>Espaços de sociabilidade porosos ao diálogo, a transparência nas relações de camaradagem que se estabelecem, sentimento de segurança em falar abertamente de seus sentimentos, sobre sua vida íntima e sobre as situações que lhe causam sofrimento.</p>	<p>Sentimento de pertencimento social àquele coletivo profissional. Experiência de que são legítimos naquilo que fazem.</p>	<p>Prestígio social, sentimento de valor social, avivamento de redes de solidariedade.</p>
<p>Formas de desrespeito</p>	<p>Obrigatoriedade em comprovar carga horária. Brigas pelo uso do espaço doméstico da unidade, que é colocada na dualidade “casa X espaço de trabalho” Processo de avaliação que fragmenta as relações entre os trabalhadores e invisibilidade da individualidade/identidade. Exposição em encontros públicos da produção mensal</p>	<p>Decretos impostos pela gestão municipal para pagar as horas dos dias que saem de folga e atestados de saúde de colegas não terem validade para justificativa de faltas por motivos de adoecimento. Ter descontadas no contracheque as horas não trabalhadas.</p>	<p>Boicotes entre os membros em relação as suas contribuições. Quebras das combinações realizadas em grupo Tomar consciência de que a lógica do cotidiano não se encaixa nas exigências institucionalizadas ou desenvolver seu trabalho sem ver os resultados.</p>
<p>Efeitos que perpassam as três esferas: Produção de sujeitos anônimos que não se interessam pelo espaço público</p>	<p>Desconfiança difusa entre eles e o sentimento de desrespeito pela sua identidade e individualidade. Brigas pela demarcação de seus alimentos na geladeira.</p>	<p>Sentimento de uma vigilância difusa. Não se sentirem pessoas autônomas na tomada de decisões sobre seu</p>	<p>Não estabelecimento de cooperação entre os membros e reprodução na forma de boicotes dirigidos aos demais o sentimento de que suas realizações não</p>

		processo de trabalho.	têm valor para o grupo.
	Brigas entre os colegas pelo desempenho obrigatório de determinadas tarefas.	Fuga das relações/situações que geram sofrimento. – faltar ao trabalho.	
	Não conseguem ver o quanto suas necessidades individuais são relevantes para colaborar com o coletivo.	Sentimento de injustiça e expressões do sentimento de que se sentem desnecessários.	

Fonte: Elaborado pela autora, com base nas esferas de Reconhecimento organizadas por Honneth (2003).

As interações circunscritas no domínio das relações afetivas dizem respeito aos espaços mais íntimos que são estabelecidos entre os profissionais. Aqui não há a conotação de relações baseadas no amor romântico ou familiar, mas da irremediável intimidade que surge entre aqueles que convivem diariamente. Em alguns trechos as narrativas ilustraram a dependência entre eles, necessária para o desempenho de algumas tarefas, e as relações de camaradagem que se constituem entre pessoas que passam do início da manhã até o final da tarde juntas, em um ambiente em que alguns se ocupam de preparar o almoço de outros, inclusive. Mas em outras situações enunciaram os conflitos que são intrínsecos a essas relações mais próximas e que facilitam o conhecimento mais pessoal e singular do outro — o uso da cozinha e do banheiro, espaços que traduzem o que há de mais doméstico na casa de todos. As situações de assentimento das necessidades individuais, como o interesse pelo outro, estabelecem espaços de sociabilidade porosos ao diálogo, que abre oportunidades de produzir nos indivíduos o sentimento de bem-estar e segurança em relação a sua identidade singular.

No domínio do direito foi um pouco mais difícil do que nas outras duas esferas encontrar formas nas quais os profissionais se sentissem respeitados. A forma que acompanhei, em que os profissionais se sentiam seguros do valor social de identidade, foi no exercício das atividades que eles entendem como suas obrigações,

assegurando o valor social de suas identidades, sentindo-se legítimos naquilo que fazem. Por outro lado, as formas de desrespeito se mostraram intensas e eram experienciadas no formato de uma punição e uma fonte de justificação para atitudes que, mesmo sendo de resistência, acabam gerando outras estratégias de repressão por parte da gestão, como as faltas. Mas o que permanece é o sentimento de injustiça e sofrimento, pois os profissionais não se veem autônomos para tomar decisões sobre seu próprio processo de trabalho. O interesse pela vida pública, aqui, é mais intensamente fragilizado, e o desinteresse toma o formato de um estar “passivo”, pois há o sentimento de que podem fazer algo errado e serem castigados.

Na esfera da estima social, de modo semelhante ao que acontece na esfera do direito, é no desempenho das atividades junto aos usuários que provém a fonte de prestígio social, em conjunto com as doações que os profissionais fazem aos usuários que estão em situação de carência, constitui-se a possibilidade de estabelecer redes de solidariedade que motivam o estabelecimento de alianças entre os profissionais em nome de uma contribuição social. As formas de desrespeito sobressaíram nessa esfera, pois os boicotes entre eles geram a posição de não se colocar em cooperação e o sentimento de que estar ou não no grupo não faz diferença, pois não se veem dignos de valor e, da mesma forma, não assente o valor do outro.

Os dados empíricos que apresentei e que estão sintetizados no quadro descrito anteriormente, deram-me algum substrato para dizer que a sociabilidade em um grupo que se conforma no espaço institucionalizado do serviço de saúde impõe mais formas de desrespeito do que de fortalecimento do interesse pelo espaço público. As narrativas visuais apresentadas dão pistas para pensar sobre o “fora” e o “dentro” do serviço de saúde, registrados no “antes” e “depois” da porta. Para o profissional da saúde, esta divisão física do serviço de saúde é utilizada de modo privado, individual, no sentido das hierarquizações que se estabelecem em relação ao usuário. Assim, entendo que a ocupação do serviço de saúde se dá de forma anônima, por sujeitos que não se sentem parte, os profissionais visibilizados aqui em situações e condições que imputam desvalorização e invisibilidade social. Os usuários, por sua vez, não alcançam visibilidade social dentro de um espaço físico que deveria ser público, sendo respaldados em relações intersubjetivas que os valorizassem.

Por outro lado, há uma radical diferença entre as relações estabelecidas dentro dos serviços de saúde e a casa dos usuários, o que me leva a crer, também, que novamente aparece nos dados algo relacionado ao desequilíbrio sempre constante

entre o interesse individual e o interesse público, delineados pela definição de diferentes institucionalidades que balizam as relações estabelecidas entre os profissionais e os usuários. Isso me faz pensar nos dados apresentados anteriormente, relacionados às formas de desrespeito vivenciadas pelos profissionais e refletir sobre a repressão imposta pela lógica normativa de funcionamento dos serviços de saúde que não deixa que os indivíduos sejam quem eles realmente são. Digo isso porque, ao percorrer as narrativas visuais apresentadas a seguir, vejo que o espaço público estabelecido na casa dos usuários ocorre de forma mais respeitosa. Parece que a institucionalidade da relação entre profissionais e usuários tem outra lógica de organização, o espaço público conformado é diferente daquele que se estabelece no serviço de saúde, mesmo que as pessoas sejam as mesmas. Assim, as fotografias que são apresentadas adiante, mais do que o ato de ilustrar, explicitam o sentido da descrição de trajetórias assistenciais; revelando a configuração das relações que se estabelecem entre os profissionais e usuários fora do serviço de saúde, que são intensamente visuais.

13 O que as trajetórias assistenciais têm a revelar sobre o estabelecimento de relações intersubjetivas no espaço público?

A compreensão de que o direito à saúde não se restringe à prestação de serviços (MACHADO, 2011), mas se conjuga com outros direitos e dá condições ao sujeito de preservar sua dignidade em seus coletivos de valores, ajudam-me a refletir sobre as trajetórias assistenciais no que diz respeito às relações que se estabelecem no encontro entre profissionais e usuários. O exercício de olhar para as trajetórias assistenciais provoca um interessante questionamento: será que nesses encontros emergem campos de pertencimento que têm a potência de oferecer a ressignificação necessária para as práticas em saúde, constituindo aí o agir mediador que possibilita aos sujeitos ocuparem um espaço público? O que esses encontros têm a revelar sobre o estabelecimento de relações intersubjetivas, a partir das trajetórias assistenciais dos usuários registradas no rural?

Os questionamentos indicados vêm acompanhados da ideia de que o espaço público não está, a priori, disponível para ser acessado por qualquer um ou em qualquer situação, mesmo sendo sujeitos que pertencem a uma comunidade que compartilha o *status* de cidadãos. Conforme já mencionei, convive-se com a sombra de uma sociedade sem cidadãos, de uma sociedade em que os indivíduos não exercem sua cidadania materializando seus direitos a partir da formação de vontade pública, fragmentando o que é público e vivendo de doações do Estado (HONNETH, 2014; CHANIAL, 2004).

Por outro lado, vencer a fragmentação do que é público parece ter que atender àquilo que Paulo Henrique Martins diz sobre um requisito fundamental para a percepção e tomada de consciência dos atores sociais: reconhecer-se como indivíduo e parte de um grupo maior. O assentimento de que um indivíduo é, ou pode ser, um cidadão, dá visibilidade à responsabilidade dessa figura em diferentes aspectos da vida pública, que é permeada de relações intersubjetivas (MARTINS, 2011). Nesse contexto, entendo que o profissional da saúde pode ser uma figura importante para mediar a conformação de uma esfera pública mais porosa à participação dos usuários, em espaços solidários de sociabilidade no cotidiano do fazer das instituições públicas, como o serviço de saúde. Digo isso considerando que nas situações em que há o assentimento de que um indivíduo é, ou pode ser, um cidadão revela-se a responsabilidade dessa figura em diferentes aspectos da vida pública, tira-o das

margens e o assenta na posição de estar em relação com os demais e dar sua contribuição para o funcionamento dos coletivos aos quais ele se sente pertencente. Assim, ao reconhecer-se a si próprio e pertencente ao coletivo, tendo como horizonte a autorrealização nas esferas do Reconhecimento, isso favorece a ocupação do espaço público, a ativação da vida pública. E isso parece vir fomentado por aquilo que Honneth (2015) denominou de solidariedade cidadã, que está entrelaçada com o compromisso dos indivíduos com a vida pública, do público assumir seu papel em uma comunidade de valores. No campo da saúde, isso parece fomentar a ideia de que os profissionais, como aqueles que, em sua ação, representam os interesses de um Estado, transcritos em políticas públicas, ao se sentirem pertencentes de um coletivo contribuem para a constituição daquilo que Ayres (2011) nomeou de dimensão pública da saúde.

As narrativas apresentadas a seguir, nos subcapítulos que seguem inicialmente indicam que a ocupação da esfera pública exige que se olhe para a ação do profissional em relação ao seu “objeto de trabalho” e dão elementos para se pensar o território e o lugar ocupado pelos indivíduos a partir da gramática do Reconhecimento, apresentando a complexidade institucional e a diversidade de motivações para a ação em saúde. Mas também fazem com que se reflita sobre o quanto as situações de desrespeito ou de alijamento dos direitos são fontes de motivação para que se lute publicamente, para que a saúde seja um direito e que a ocupação desse espaço público seja o exercício da cidadania. Digo isso pensando que, como diz Honneth (2003), podem existir, na vivência concreta do sofrimento e da injustiça, fontes de motivação que levem os sujeitos a se mobilizarem em busca do atendimento de seus direitos. Entendo que o profissional também vivencia cotidianamente o sofrimento por não ter sua identidade reconhecida e não conseguir fazer com que suas demandas sejam atendidas, do mesmo modo que o usuário. Da mesma forma que as trajetórias assistenciais me transportam para o rural, também chamam minha atenção para o sofrimento vivenciado cotidianamente, considerando que o adoecimento na vida das pessoas amplia e potencializa todas as demais mazelas que elas já conhecem bem. Essas trajetórias também me revelam a luta incansável dos usuários em superar fontes de desrespeito e a busca do assentimento de seu direito à saúde, que nem sempre está relacionado ao exercício de sua cidadania – mas a uma doação por parte do Estado.

As trajetórias assistenciais, portanto, revelam as formas com que ocorrem a interação e a conexão entre os profissionais e os usuários. De um lado, a expectativa que os usuários têm em acessar bens que acreditam necessários para a sua saúde, mas que precisam enfrentar as limitações de um sistema de saúde que não dá conta de atendê-los. E, por outro, a posição dos profissionais que se veem diante das limitações que têm em atender a demandas que extrapolam suas capacidades de resolução. Apesar de atuarem em nome de uma institucionalidade imposta pela organização do serviço de saúde, veem-se desrespeitados, o que é mais visível quando as cotas de encaminhamentos são atingidas e muitas pessoas tem que aguardar até o próximo mês para receberem encaminhamentos, quando constatam que os usuários que atenderam não vão conseguir seguir a trajetória delineada para eles e que, inevitavelmente, elas irão se perder em algum ponto da Rede de Atenção em Saúde.

O convite que se faz aqui é para pensar sobre essas trajetórias assistenciais, buscando nelas algum ponto de equilíbrio entre as experiências de desrespeito e a motivação para a luta por reconhecimento que possa congrega essas experiências pela ocupação de um espaço público.

13.1 Sr. Fredericksen e Senhora Ellie: o sonho pela reversão da bolsa de colostomia – dependência de um sistema formal de atenção em saúde

















Um dos encontros mais felizes com os interlocutores foi com o senhor Fredericksen²¹, caminhoneiro aposentado. No dia em que nos conhecemos eu estava no serviço de saúde, logo que eu havia iniciado as atividades de campo, e ele chegou com uma torta na mão, dizendo que queria falar com alguém da equipe, referindo-se a um dos ACS. Com o sorriso gentil e afetuoso de alguém muito criativo e alegre nas histórias que contava, criou a lembrança que tenho dele. Naquele dia, Flora estava trabalhando fora da Unidade. Uma das técnicas de enfermagem chamou Anabela, a então coordenadora, para receber a torta. Ela a pegou e a levou para cozinha sem dar muita atenção ao senhor Fredericksen. Ele ficou um pouco na sala de espera e foi embora. Após esse encontro, não mais consegui esquecer aquele semblante amigável e sorriso fácil.

Dias depois, acompanhando Flora, vi que a família do senhor Fredericksen estava na rota do dia de trabalho. Chegamos na casa dele mais para o final da manhã, quando ele estava chegando, com sua esposa, do município vizinho, Canoas. Ele vinha de uma reconsulta no ambulatório do hospital geral de lá, em função da retirada de parte do intestino devido a um câncer. Naquele dia conheci sua esposa, a senhora Ellie, que apesar de aparecer sorridente nas fotografias, o sorriso indicava a expressão de consentimento e de exotismo de ter alguém com uma câmera acompanhando Flora, mas eu já tinha informações da equipe de que ela “*era de poucos amigos*” e reclamava bastante sobre o atendimento na Unidade de Saúde. Nesse dia, eles estavam tristes, pois tinham esperado muito tempo para serem atendidos no ambulatório e não entenderam bem quais seriam os passos de sua trajetória terapêutica a partir do atendimento que receberam com um especialista naquele serviço de saúde. Mesmo sendo esta uma peregrinação naturalizada em suas vidas, era visível o cansaço e a tristeza em seus rostos, pois deixar de usar a bolsa de colostomia era um sonho para o senhor Fredericksen, o que faz com que eles estejam sempre em algum serviço de saúde. Mesmo tendo elogiado muito o atendimento recebido no hospital de Canoas, e sempre ser visitado pela equipe de Enfermagem, que lhe levava, inclusive, presentes, o casal demonstrava que não gostava, de modo geral, de frequentar serviços de saúde, como se isso representasse, de antemão, um mal-estar.

²¹ O senhor Fredericksen faleceu enquanto este texto estava sendo construído, e a senhora Ellie foi morar em outro município.

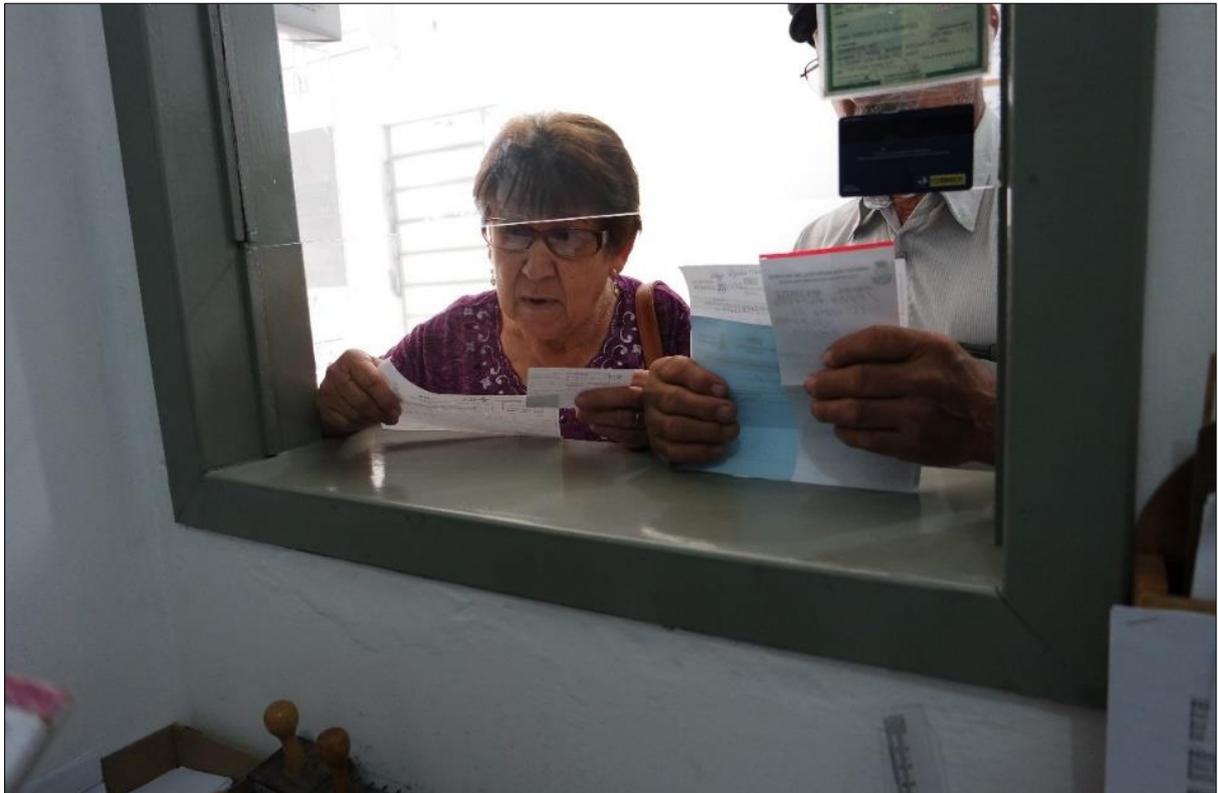
No dia seguinte à visita a casa deles, o casal foi até a Unidade de Saúde. Após, tive a feliz oportunidade de visitá-los duas vezes, e na segunda visita levei algumas das fotografias que fiz deles para presenteá-los. E em outro dia em que estava no serviço pude conversar com eles, quando os acompanhei no atendimento. Em uma das fotografias, o dedo em riste da senhora Ellie é indicativo de resistência. Naquele dia em que os acompanhei no serviço de saúde ela saiu dizendo que era necessário chamá-los logo, pois há muito tempo seu esposo estava aguardando esse chamado.

13.2 Senhor Antônio e Dona Cenilda – nem dependência, nem desconexão com o sistema de saúde

















Em mais um dia no serviço de saúde, com a câmera na mão e transitando entre os usuários e profissionais, resolvi acompanhar o trabalho da Lisbela. Nesse dia conheci o senhor Antônio e dona Cenilda que vieram até a ESF para que ele consultasse com seu médico de referência. Observei que era comum as pessoas comparecerem acompanhadas ao serviço, provavelmente em função do tempo que ficam aguardando o serviço abrir e receber atendimento da equipe. Além disso é uma oportunidade para irem até o centro de Morungava comprar algum produto em padaria, mercado, farmácia ou buscar alguma carta ou entrega na agência dos correios e no cartório.

Considerando-se que o acolhimento privilegia os casos mais urgentes para o atendimento no dia, aos olhos de quem precisa limitar quantitativamente os atendimentos, na demanda da recepção a triagem viabiliza o que é mais relevante. Assim, para quem aguarda na sala de espera nem sempre é possível consultar no dia, se não tem consulta marcada para aquela data. E foi o caso do senhor Antônio. Ele não conseguiu uma consulta com o médico, e esta era uma reclamação dos usuários nos corredores: ir até a ESF e não receber atendimento médico.

O senhor Antônio e dona Cenilda são trabalhadores rurais, cuidam do sítio e dos animais, também têm um pequeno armazém que abastece boa parte dos moradores que moram ao redor da casa deles, que é muito distante da RS 020. Naquele dia, depois de esperarem na fila e na sala receberam atendimento de Lisbela. A expressão no rosto da dona Cenilda denotava o quanto ela estava compreendendo do quase monólogo que se instituiu entre ela e Lisbela: quase nada.

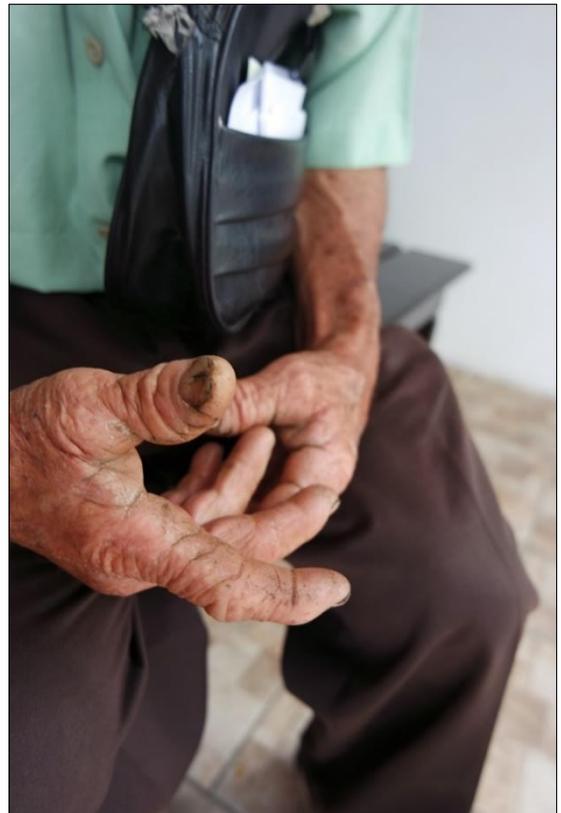
O senhor Antônio estava sentindo muita dor no joelho, mas como não era urgente aos olhos do sistema de classificação de risco adotado pelos serviços de saúde, transcrito pelo juízo que tem o profissional que atende o usuário no momento denominado de acolhimento, ele não consultou com médico, e então agendou uma consulta para dali a alguns dias. Naquele dia, acompanhei o atendimento dele. O senhor Antônio toma muitas medicações, fruto da busca por diferentes médicos em outras ocasiões. Na conversa com Lisbela ele não conseguiu explicar quais eram e os horários de tomá-las, e como no prontuário não constavam todas as medicações, ela também não conseguiu esclarecer muito bem a questão das medicações. Para não o deixar sair sem alguma forma de encaminhamento, ela olhou os exames antigos, tentou entender o uso das medicações e foi para a porta do consultório médico esperar que o médico abrisse a porta a fim de conversar com ele sobre o caso

do senhor Antônio. Esta atitude demanda entrosamento entre os membros da equipe, pois nem todos têm essa abertura, especialmente com o médico brasileiro. Já, o médico cubano propicia mais situações como essa. Geralmente, ele não assina a solicitação de exames sem ver os pacientes, esta é a conduta dele, mas ele conhecia o senhor Antônio e, acima de tudo, tinha bom relacionamento com Lisbela, de modo que ele assinou e também prescreveu um anti-inflamatório. Lisbela, apesar de demonstrar interesse e acolher os usuários, assume a postura dos profissionais da saúde, mantendo o dedo em riste. Ela entregou ao senhor Antônio as solicitações de exames conseguidas pela boa relação que mantém com o médico da equipe. De modo geral, sempre que Lisbela espera o médico na porta ele não a deixa sem a assinatura dele, o que é importante para muitas das condutas que podem ser tomadas no serviço de saúde.

13.3 Dona Jade e Senhor Valente: a desconcertante relação entre a pluralidade da vida e o sistema de saúde



Meu primeiro contato com esta história, que muito me inquieta, mobiliza e emociona, foi por meio do Senhor Valente. Naquele dia, meio ao tumulto, vi que um senhor com a camisa meio aberta e com calor entrou na Unidade de Saúde, por volta das 9h. E, ele foi direto falar com o recepcionista, falou pela porta, ele disse alguma coisa e ele se esforçou para ouvir, pegou uma ficha de triagem e ficou esperando. Logo, a Nina o chamou, ele deixou a receita médica para ser renovada e, depois, ir comprar remédios. Como gostaria de ter feito fotos daquele momento, mas eu só consegui olhar, não me lembrei da possibilidade das lentes da câmera.













































No dia em que conheci o senhor Valente, ele deixou a receita médica para ser renovada. Ao perguntar quem era ele, disseram-me quem era “lá do Morro da Palha”, e me explicaram que era bem longe, e que havia pouco contato com os moradores de lá, quase na divisa do município vizinho. Soube que há certa discordância entre os municípios para definir quem atende um trecho territorial que fica entre o Morro da Palha e o outro município, pois, recentemente, ficou demarcado que não é mais de Gravataí. Esse fato provoca desentendimentos, pois as pessoas querem continuar sendo atendidas em Morungava, e o município vizinho não se mobiliza para cadastrar e atendê-las. Para Gravataí isso significa mais demanda para o serviço, colocando os profissionais na linha de frente para explicar esse fato novo para as pessoas que moram lá. Atualmente não há ACS para acompanhá-las.

Naquele dia, quando ele saiu da Unidade fui falar com dele. Nos sentamos no banco em frente à unidade, e ele conversou comigo de forma desconfiada, acredito que tenha considerado estranho que eu tenha puxado assunto com ele, pois nunca tínhamos nos visto antes. Ele me disse que iria ao supermercado, que fica próximo da Unidade e depois retornaria para casa, às 15 horas. Então, dei-me conta que ele ficaria bastante tempo à espera para retornar para casa. Perguntei-lhe sobre o almoço e ele disse que almoçaria “por aí”, e imaginei que iria ao restaurante ou ao bar que serve lanches perto do serviço de saúde.

Dias depois a Brisa e eu aproveitamos a vinda do carro da prefeitura e fomos até a casa dele e de sua esposa. Com eles mora um dos filhos que, segundo informações de alguns membros da equipe, possui algum tipo de sofrimento mental, e nunca constituiu família. Isso soa estranho para os membros da equipe, pois “todos têm família”, nas palavras de uma das ACS. Há algum tempo visitei uma família em situação que se assemelha à da família do senhor Valente, onde moram o casal e o filho. Naquele dia os idosos também demonstraram preocupação em relação ao filho por ele não ter uma família que fosse “dele”.

Na primeira visita, depois de rodar 45 minutos de carro, subindo o morro que dá nome à localidade, da Palha, entre encruzilhadas em que somente alguém que conhece o lugar tem condições de chegar ao destino certo no menor tempo possível, pois do contrário ficaríamos horas procurando a entrada correta. Depois do percurso, chegamos a uma estrada mais estreita, quase fechada pelas árvores, e ao andar mais um pouco avistamos uma casa de madeira e um carroção de reboque que serve de

meio de transporte para a família. Aquele dia fez parte das fotografias que apresento a seguir.

No dia da visita, dona Jade, que tem 80 anos, quase não falou comigo, notadamente eles conheciam a Brisa, mas demonstravam estranhamento com minha presença, quando eu me virava para fotografar, eles perguntavam, em tom mais baixo de voz, quem eu era. À época em que estive em campo, ainda não era permitido que os ACS verificassem PA e medissem a glicemia capilar, Hoje, depois da revisão da PNAB, já lhes é possível fazê-lo (BRASIL, 2017). A possibilidade de desenvolver essas atividades me aproximava um pouco mais dos interlocutores, assim, dona Jade começou a olhar para o meu rosto, o que não aconteceu no primeiro momento, inclusive quando posaram para as fotografias. Em nossas conversas, em função da timidez e do uso de palavras regionais e com sotaque, eu quase não entendia o que ela falava. Assim, percebi o isolamento em que viviam, e não era somente físico; era imaterial também, pois dona Jade disse que só descia o morro para ir ao centro [de Morungava] quando precisava fazer consulta. Perguntei-lhe sobre as compras do mercado e eles me disseram que compravam tudo nos mercados de Morungava.

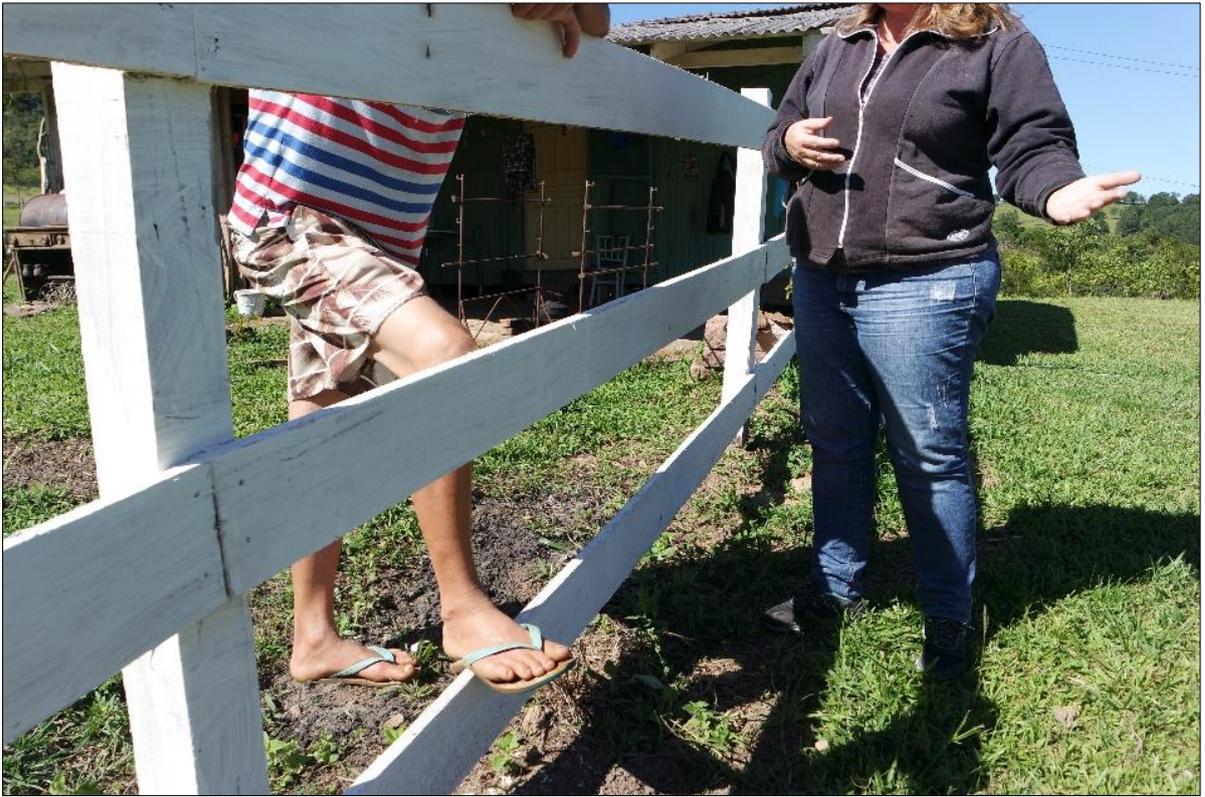
A família não possuía televisão, apenas um rádio, uma geladeira e um freezer grande, o que é necessário, pois caso matem uma vaca ou um porco precisam refrigerar a carne para durar mais tempo para o consumo. Entendi que o fogão a gás é pouco utilizado, serve mais como um balcão auxiliar para a cozinha. A família aprecia mesmo é o fogão a lenha, que nas duas vezes em que fui visitá-los mantinha muita lenha no entorno. Também tinham máquina de lavar, protegida por uma capa de plástico, inclusive o freezer era encapado, sugerindo o apreço pelos bens de consumo de mais valor para a família. A casa não tem encanamento d'água em todos os espaços ocupados, por exemplo, na peça que serve de cozinha, ela ainda pega água no tanque e a usa na bacia que serve de pia. Não conheci todas as peças da casa, mais por constrangimento meu de não pedir para conhecer a casa deles, do que deles propriamente. Na primeira visita eles estavam mais tímidos à minha presença, mas depois se mostraram muito receptivos, e dona Jade me mostrou a foto dos filhos.

No dia em que os visitamos, o senhor Valente me contou que não conseguiu todos os remédios que fora buscar na última ida ao centro de Morungava, e é ele quem busca mantimentos para a família, e também é ele que aplica a insulita que dona Jade usa, insumo que percorre um longo caminho até chegar a casa deles.

13.4 O senhor Solidão e a invisibilidade de quem não tem expressão no mundo comum











Algumas trajetórias assistenciais denotam a complexidade do agir mediador do profissional ao atuar na interação entre os interesses das políticas públicas e os interesses dos usuários. Considera-se, assim, que a esfera pública não é alcançada por todos, e que os atores envolvidos no campo da saúde sofrem atentados que geram afeitos sobre a visibilidade que se tem, conforme apresentei na seção anterior.

No período em que estive com a equipe acompanhei casos em que os usuários recebiam uma série de encaminhamentos para exames e consultas com especialistas, mas se viam impossibilitados de dar conta da trajetória assistencial sugerida pelos profissionais, pois viviam em uma condição de isolamento social quase insustentável. Os profissionais, quando tomam conhecimento dessas situações, se sentem insuficientes em dar conta dessas demandas, mas ao mesmo tempo são, em termos de instituição do Estado e rede de apoio formal, o que está disponível para as pessoas. No caso de Morungava, até o posto da Brigada Militar fechou, pois não havia recursos financeiros e profissionais suficientes para prestar atendimento à população. E a Assistência Social está disponível somente na localidade de Barro Vermelho, distante

deles, próxima ao urbano, com uma demanda enorme proveniente das carências de um bairro de periferia, restando pouco tempo na agenda para atender as demandas de Morungava, mesmo sendo referência.

Essas inexistências — da segurança pública e da Assistência Social — têm efeitos quase que diretos nas condições que os profissionais têm em estabelecer relações e condições para construir o interesse pelo público e sair de seus espaços privados. Os trabalhadores têm que dar conta, por exemplo, das denúncias, no caso de abandono dos idosos, como pode acompanhar. A equipe, principalmente a coordenadora e o ACS responsável pela área, têm que fazer visitas e averiguar os casos com os idosos e vizinhos. Isso coloca os profissionais em conflito com as famílias, pois eles as acionam para entender o que está acontecendo e então relatar o ocorrido ao Centro de Referência em Assistência Social (CRAS) que lhes oferece retaguarda. Em Morungava é o CRAS de Barro Vermelho. Os profissionais compreendem que é da responsabilidade deles, mas também vivenciam a sobrecarga, pois precisam atender esses casos e também as tradicionais demandas de uma ESF. Evidentemente, essas demandas se entrecruzam no cotidiano, mas para trabalhadores que não tiveram formação para isso, ou que não têm espaço de escuta por parte dos colegas de equipe e da gestão municipal, essas demandas se tornam uma sobrecarga que se traduz em conflitos entre eles. Isto porque o profissional que se envolve nessa ação deixa de dar conta de outras atividades. É o caso da coordenadora que também é enfermeira. Assumindo a responsabilidade pelas visitas nos casos de denúncia, ela não consegue dar conta do quantitativo de acolhimentos do turno, o que gera brigas entre os usuários e os profissionais, na sala de espera, pois vai demorar mais para serem atendidos, e os outros profissionais ficam incomodados porque a enfermeira não faz o acolhimento.

A trajetória assistencial narrada pelas fotografias é emblemática para se pensar sobre o quanto os profissionais são exigidos e o quanto não dispõem de subsídios para atender a essa cobrança que lhes é imposta pela lógica organizacional do Sistema de Saúde. O interlocutor que gerou esta trajetória assistencial propositalmente não está retratado nas fotografias, chamando atenção justamente para sua invisibilidade diante da Rede de Atenção em Saúde.

O senhor Solidão, codinome que emergiu da fala de uma das ACS que me conduziu até ele — - “Acho que a solidão enlouquece” — mora em uma casa com poucas coisas dentro dela. No primeiro dia em que o visitamos, a porteira da estrada

que levava até a casa dele estava chaveada e o motorista do carro não nos acompanhou, então fomos caminhando até lá. Transcrevo, aqui, um trecho do meu diário de campo:

Aí quando a gente foi chegando perto, vimos que tinha alguém na frente da casa que estava falando ao telefone. A “Brisa” me disse assim: “esse telefone não funciona, ele está ficando louco”. E, depois de um tempo caminhando me disse, ainda: “Eu acho que a solidão enlouquece”. Começou a apontar a figura de uma pessoa sozinha, imagino que se eu o visse no meio de uma multidão, eu o veria do mesmo jeito que o vi naquele dia. A gente foi chegando até a casa e tinha um toldo mais para a frente, que embaixo ele guardava comida para o gado e em cima era cheio de latinhas de sardinha, o que indicava que a alimentação dele era a base de sardinha. (Outubro de 2016).

Essa trajetória foi muito marcante para a minha memória. De fato, ele estava encenando uma conversa ao telefone, e quando chegamos ele terminou a conversa e nos deu atenção. De modo um pouco desorganizado, ele mostrou uma mochila cheia de medicamentos e, de forma mais desorganizada ainda, falou sobre como tomava toda aquela medicação. Aproveitamos a oportunidade e explicamos para o que eram aqueles medicamentos e sobre os horários deles, alguns com efeitos sobre o sono, revelando claramente alguém com queixas de insônia.

[...] aí no final, ao nos despedirmos, ele ofereceu 50 reais, não porque ele tinha esse hábito de dar dinheiro, mas porque ele gostou tanto da visita que ele queria oferecer alguma coisa. Caso ele tivesse outra coisa ele daria, mas como ele não tinha, ele ofereceu o dinheiro. Ele queria mesmo era agradecer por ter recebido atenção. [...] (outubro de 2016).

Naquele dia, outra ACS estava conosco. Percebi que elas ficaram muito constrangidas. Elas não me conheciam e aquela situação de ver o dinheiro na mão dele, em algum momento poderia ter dado a entender que era uma prática comum. Elas e eu, no sentido de confirmar que aquele ato não era aceitável, agradecemos e rejeitamos o dinheiro. Mas o que me chamou a atenção foi a postura delas em dizer, reiteradamente, que era obrigação delas atendê-lo. Despedimo-nos e seguimos adiante.

Depois de alguns dias sem ir ao serviço, ao retornar vi dois policiais entrarem na Unidade. Os usuários presentes prestaram atenção, os profissionais também e eu estranhei aquela presença. Eles vieram em função de um boletim de ocorrência gerado por uma queixa da coordenadora do serviço. O senhor Solidão estava esperando por um encaminhamento para dermatologista, e no entendimento dele, estava demorando muito. Ele foi até a Unidade e ao interagir com a coordenadora se

exaltou, o que gerou uma briga entre eles, e o senhor Solidão disse que iria em casa buscar o facão para matá-la. Ela ficou com medo, fez a denúncia, o que levou a polícia à Unidade em um dia em que eu estava em campo. Após a coordenadora acionou a Assistência Social para que algum familiar fosse chamado e que a situação que se configurava como abandono pudesse, de alguma forma, ter intervenções. Mas a assistência social não conseguia fazer a visita ao usuário, de modo que a equipe teve que se mobilizar para saber notícias entre os familiares. Em um dia de visitas fomos à procura de um dos filhos, que nos disse não ter condições de assumir a responsabilidade pelos cuidados do pai, e, além disso, na infância ele fora muito maltratado por ele, de modo que não se interessava em prestar cuidados a quem não tinha tido o cuidado.

Algo que me chamou atenção, nessa visita, foi que a ACS não desceu do carro para acompanhar a enfermeira da equipe, pois não concordava com o fato de ter sido gerado um boletim de ocorrência quando houve o desentendimento com o senhor Solidão, dizendo que ele não representava mal algum para a equipe e que a briga poderia ter sido evitada. Lembro que ela me disse: *“ele chegou lá e ela foi grossa com ele”. E qualquer pessoa que falar alto com ele, contrariar ele, ele vai ter essa postura, vai dizer que vai matar e coisa e tal. Mas não mata nada*”, afirmou. A postura da ACS foi de alguém que não concordou com a atitude de um colega de equipe e naquela visita não colaborou com a atividade desenvolvida. Essa situação gerou em mim a reflexão do quanto casos como esse amplificam a relação conflituosa entre os membros da equipe que, de algum modo, vai gerar efeitos sobre a trajetória assistencial do usuário.

Dias depois alguém da equipe me contou que o senhor Solidão compareceu a ESF com um documento proveniente da Secretaria Municipal de Saúde, nele constava que seu encaminhamento tinha algum problema. Sem entender, ele pensava que eram os trâmites de suas consultas com o dermatologista e estava prestes a fazer a cirurgia para retirar a lesão proveniente de câncer de pele no nariz. Mas o que estava acontecendo era que ele estava com o cartão do SUS de outro usuário. Em algum momento, não se sabia exatamente quando e onde, alguém foi fazer a cópia do cartão do SUS dele para anexar aos documentos do encaminhamento e o trocou pelo cartão de outro usuário. Então, ele teve que ir a Gravataí fazer novo cartão e receber um novo encaminhamento. Mas antes de sair de campo eu soube que ele não compareceu no dia da consulta agendada.

Neste ano, 2018, retornei ao campo de pesquisa com minha orientadora para apresentar o empírico e para mostrar a seleção das fotografias aos profissionais. Durante a visita levei a professora Tatiana, em parceria com Brisa, até a casa do senhor Solidão. Não havia ninguém no momento da visita, e no retorno para a ESF o encontramos sentado, esperando o ônibus. Em meio aos seus devaneios, ficamos sabendo que ele ainda não havia conseguido realizar a cirurgia para retirar a lesão, que, segundo ele, “*corre água de vez em quando*”. Um caso que denota o quanto no campo da saúde não sabemos buscar redes de apoio para oferecer cuidado e, mesmo assim, em muitas situações, somos um dos poucos recursos disponíveis em muitos territórios, a referência para muitas pessoas, mesmo diante de tantas fragilidades e insuficiências.

Cabe ainda, ressaltar que, socialmente, tornar-se visível ou ganhar visibilidade pressupõe a existência no sentido social e expressa a validade social. O respeito constituído nas relações intersubjetivas atribui aos sujeitos valor positivo, no sentido de que o respeito expressa valor social. Por outro lado, a invisibilidade social e a insuficiência de condições que deem substrato à participação na vida pública afetam diretamente a dignidade humana (ASSY, 2012). O que foi apontado, aqui, traz efeitos à saúde como um direito de cidadania e imprime valor social ao cuidado (ASSY, 2012). Desse modo, o acesso aos serviços públicos proporciona a internalização da ideia de pertencimento social e a formação valorativa da autoimagem. O direito à saúde, como regra programática, implica a interiorização de normas que reproduzem expectativas e obrigações atribuídas a todos os membros de uma coletividade; os sujeitos internalizam a promessa prestacional de acesso ao direito à saúde como responsabilidade do Estado, e o Estado demonstra cuidado efetivo com a vida dos sujeitos de direitos. A privação do acesso é uma forma de humilhação social que “*se traduz tanto na forma de desrespeito, quanto na forma de degeneração de nosso próprio potencial de autorrealização*” (Assy, 2012, p. 38).

14 ALGUMAS CONSIDERAÇÕES SOBRE A PROMESSA DE RECONHECIMENTO



Depois de uma incursão pelo referencial teórico e pelo campo empírico, teço algumas considerações com o intuito de abraçar novamente a problematização que mobilizou meu desejo de empreender essa aventura pelas narrativas e apontar algumas considerações que me conduzam a dar outros passos em busca da compreensão do objeto de pesquisa. Ao partir para o empírico, o que mais me interessava eram as relações intersubjetivas mobilizadas pelo agir mediador, pois entendia que as ações dos profissionais poderiam potencializar ou enfraquecer a visibilidade social dos indivíduos (outros profissionais e usuários) na defesa da saúde enquanto direito de cidadania. Agora, depois de ter empreendido o navegar por águas desconhecidas, aqui me remeto também à perspectiva metodológica, permitindo-me fazer alguns apontamentos sobre o uso das imagens, entendendo que há um conteúdo visual das relações intersubjetivas que carecem de visibilidade. O comum

precisa vir à tona e dar margem para que os sujeitos saiam do anonimato e sejam protagonistas do imaginário social que é recortado pelo meio acadêmico.

As fotografias apresentadas nesta tese se constituem em um manifesto que se propõe a despertar reflexões acerca das interfaces que se estabelecem entre as políticas públicas e o comum, indicando as relações tênues entre a ocupação pública e privada de espaços que deveriam ser sempre públicos. Assim, diante das infinitas possibilidades de leitura das fotografias, a imagem suscitada por elas transcreve o entendimento de que a defesa de um espaço público precisa ser acompanhada pela compreensão de que, quando lutamos pelo direito à saúde estamos defendendo a dignidade humana e exercitando nossa cidadania. As fotografias defendem a busca de uma racionalidade que seja mais sensível às experiências relacionais e ao contexto, com a defesa do convívio respeitoso em sociedade, problematizando suas limitações e valorizando o outro como digno de valor. Diante dos apontamentos que apresentei, e me apoiando na pluralidade enunciada pela narrativa visual, entendo que vale a pena lutar no campo da saúde por um espaço que seja de diálogo e de resistência, ou seja, um espaço público o suficiente para fortalecer a visibilidade social dos indivíduos.

Os elementos da Teoria do Reconhecimento que apresentados, neste estudo, para a análise da forma de organização da atenção em saúde possibilitou a reflexão sobre a construção de espaços públicos no campo da saúde. Desse modo, o referencial conceitual de Axel Honneth contribuiu para que eu desvelasse a gramática das relações intersubjetivas, em suas formas de fortalecimento e desrespeito, o que reconstruí nas narrativas descritas anteriormente. Assim, pensar sobre o agir mediador do profissional da saúde e transcrever sua dinâmica, suas normas e valores, visibiliza como são constituídas as sociabilidades cotidianas, delineando os interstícios entre as políticas públicas e os indivíduos. A partir de instâncias de base, aqui pensadas em relação aos profissionais da saúde que atuam em dispositivos do Estado, e compreendendo que é na organização social que se constitui a principal fonte de consolidação da democracia e do exercício da cidadania, o exercício empreendido, nesta tese, se torna relevante, considerando os atentados ao convívio na esfera pública e a perda de direitos²² que se vivencia atualmente.

²² Aqui me refiro aos retrocessos que temos vivenciado nos últimos anos, que tiveram como estopim o golpe de 2016, como o congelamento dos gastos do Governo Federal por 20 anos com saúde, educação e assistência social (BRAIL, 2016).

O exercício de visibilizar os conflitos sociais gestados nos espaços públicos é um movimento importante para se refletir sobre a saúde como um direito e buscar meios para isso não é falar em invenções, mas fazer ecoar as situações de desrespeito e do que esvazia o espaço público por dentro dele mesmo e que são negligenciados pelo Estado. Essa fragilização “por dentro” ocorre quando aqueles que deveriam ser os agentes de um Estado democrático, os mediadores da formação da vontade pública, veem-se na condição de quem vai se esgueirando para resistir frente às diversas fontes de atentado à sua identidade. Registro essa interpretação a partir da concepção de que os profissionais da saúde, ao atuarem em espaços públicos, na qualidade de mediadores dentro de um aparato do Estado, poderiam conformar espaços de participação. Tenho como horizonte dessa afirmação o entendimento de que esses profissionais poderiam engendrar novos arranjos de sociabilidade que promovessem a participação de outros atores do campo da intersetorialidade, que pudessem conformar coletivos pela mobilização social em prol da saúde como um direito de cidadania.

Como sinalizei ao longo das narrativas, o que mais parece interessar para a conformação de um “nós” na esfera pública são os conflitos, considerando-se que, quando somos desrespeitados naquilo que entendemos como justo em parceria com nossos pares, somos impelidos para os conflitos sociais, mesmo que seja difícil demonstramos nossa resistência. Mas o grande desafio é fazer desse conflito uma luta por reconhecimento que seja partilhada por outros que sofrem situações de desrespeito. Cabe lembrar que Honneth (2006) já indicava que as pessoas concebem as injustiças sociais como a experimentação de formas de ou falta do respeito devido em cada situação em que seria consensualmente assentido, ou seja, não é justificado dentro daquela comunidade de valores. Mas o propulsor e o meio dos processos históricos da realização dos princípios da liberdade institucionalizada não é o direito concedido, ao menos não em primeiro lugar, mas as lutas sociais pela adequada compreensão desses princípios e as mudanças de comportamento daí resultantes, sim. Em tempo, cabe pontuar que as experiências individuais de injustiça e sofrimento são tidas como sociais, considerando-se a generalização de um plano individual para o coletivo em função de que essas revelam que, de alguma forma, a sociedade (comunidade de valores) está permitindo injustiças ou situações que são injustificáveis para seus membros. Desse modo, cada indivíduo é responsável em

igual medida que os demais pelo bem-estar dos membros de uma comunidade (SOBOTTKA, 2015).

As narrativas representaram as práticas em saúde e o exercício de olhar para as relações intersubjetivas pela lente da gramática moral do convívio em sociedade proposta por Honneth, trazendo para o debate conflitos que se tornam relevantes para se pensar sobre as possibilidades que se tem para lutar pela saúde como um direito de cidadania. Assim, outra das minhas apostas neste estudo foi olhar e dar espaço às experiências concretas de injustiça em dado contexto, o que me ofereceu argumentos para analisar a constituição de um coletivo, o “nós” da vida pública, citado por Honneth (2015; 2013). Considerando que esse processo é permeado pela mediação sempre incompleta entre o “eu” e o “nós” dos grupos que são constituídos no convívio em sociedade (HONNETH, 2013), neste estudo constatei que, cotidianamente, no domínio das esferas do reconhecimento são conformados conflitos relacionados à necessidade dos membros em terem suas realizações visibilizadas de forma respeitosa. Ainda, que o desrespeito experienciado por eles instiga, dentro do espaço público do serviço de saúde, a parcialização do envolvimento dos profissionais e disputas na demarcação de seus interesses privados, fragilizando o interesse em participar da vida pública. Isto é importante que seja mencionado pois, no âmago da busca por reconhecimento social, os sujeitos temem, acima de tudo, perder o respeito da contraparte das relações intersubjetivas, seus parceiros de interação (HONNETH, 2014). Entretanto, a dinâmica visibilizada nas narrativas é ameaçadora das identidades individuais, colocando em perigo o convívio entre as pessoas e distanciando o ideal de apropriação do espaço público pelo próprio público/coletivo.

Ao refletir sobre o descrito anteriormente vale lembrar que Honneth menciona a existência de impulsos motivacionais que movem os membros da sociedade a assumirem obrigações e responsabilidades sociais, inseridos nos conflitos sociais que surgem quando as pessoas se sentem prejudicadas ou diminuídas em demandas que consideram justificáveis dentro de uma comunidade de valores. Assim, na constituição de um processo democrático, a organização de áreas socialmente funcionais da sociedade, como é a área da saúde, devem incorporar os valores que são aceitos de forma abrangente pelos membros que partilham esse espaço, para que se possa despertar o sentimento de responsabilidade e o cumprimento de obrigações à luz desses parâmetros. Do contrário, sempre que os membros de uma comunidade de valores entenderem que os parâmetros normativos possam prejudicar, de alguma

forma, suas próprias contribuições, ou que não ofereçam substrato para que conquistem respeito, haverá motivos para romper alianças, afastando-se cada vez mais da conformação de um espaço público (HONNETH, 2014). Ainda, na concepção de Arendt (2017), viver uma vida inteiramente privada significa estar excluído de uma vida verdadeiramente humana que advém do fato de ser visto e ouvido por outros, ou seja, viver uma vida em que não existimos no mundo. E, ainda, o que entendo ser mais preocupante para a nossa constituição enquanto cidadãos é que, quando estamos nessa condição de invisibilidade, permanecemos sem importância para os outros, e o que vem dos outros não tem importância para nós. E é justamente essa invisibilidade que é construída no processo de produção de sujeitos anônimos e castigados por normas e engrenagens advindas do cotidiano, conforme descrevi ao longo das narrativas.

De modo geral, pelo menos do modo com que olhei e visibilizei o espaço público do serviço de saúde, ele tem esvaziado seu potencial de ser mediador da formação de vontades públicas, de conformar uma esfera pública participativa que possa dar espaço para os indivíduos se tornarem cidadãos, ou seja, indivíduos valorosos para o coletivo. Ademais, a gramática dos conflitos traz à luz alguns mecanismos que endossam a invisibilidade dos sujeitos, alguns deles são criados na lógica do funcionamento do próprio grupo e outros têm sua fundamentação em imposições externas — os Decretos que são imputados ao processo de trabalho. Os espaços de sociabilidade, as biografias e os formatos das interações indicam que há a produção de sujeitos anônimos que não se interessam pelo espaço compartilhado do grupo, não conseguem ver o quanto suas necessidades individuais e singularidades são relevantes para colaborar com o coletivo e conformar uma vida pública. E o que considero o mais perverso é a desconfiança difusa entre eles, o sentimento de desrespeito pela sua identidade e individualidade. Esse sentimento de desvalorização fere a dignidade dos envolvidos. O sentimento de que são castigados por alguém que não tem rosto, mas se mostra por Decretos e pelas cobranças, conforma espaços que traduzem mecanismos hierárquicos e disputas particulares que fracionam o espaço público e se traduzem nas trajetórias assistenciais.

As trajetórias assistenciais mostraram a possibilidade de estabelecimento de relações mais horizontais entre profissionais e usuários quando nos transportamos para outros lugares de sociabilidade que não aquele que é conformado dentro do espaço físico do serviço de saúde. Percebo que, no serviço de saúde, as relações são

de hierarquia e de superficialidade no que tange à interpretação que se tem sobre a relação entre profissionais e usuários, os quais não se veem como cidadãos, tampouco como atores que poderiam compartilhar um mesmo espaço público. Ao mirar as trajetórias assistenciais tenho a impressão de que a solidariedade cidadã proposta por Honneth poderia emergir do assentimento de que as normas institucionalizadas precisam de uma guinada no que concerne à valorização da função social que têm os profissionais para promover espaços de exercício da cidadania. E que a valorização das pessoas, no formato de visibilidade social, é mais terapêutica do que o conjunto de normas e institucionalidades que implantam fisicamente os serviços de saúde.

A ausência de respeito às especificidades individuais enfraquece as possibilidades de os profissionais se sentirem pertencentes a um grupo, dificultando a conformação de um coletivo com interesses compartilhados de forma suficientemente ampla, que ofereçam as experiências de injustiça a conformação de uma Luta por Reconhecimento. Assim, o agir mediador do profissional de saúde perde sua potência de fortalecer espaços de fomento da dignidade e da solidariedade entre os que vivenciam, com esse profissional, situações de negação de direitos, distanciando-se da composição de uma esfera pública que possa ser uma arena de defesa da saúde como um direito de cidadania. Mesmo porque acompanhei, no cotidiano, situações e depoimentos que revelaram o quanto os sujeitos não se sentiam integrantes dignos de valor nas relações intersubjetivas, estimulando-os ao anonimato, o que fragiliza a constituição de uma vida pública.

A institucionalização de uma “homogeneização” de normas como o ideal de um funcionamento torna muito difícil sustentar as diferenças exigidas para o alcance da saúde como um direito. Digo isso em função da constatação de que, a organização dos serviços de saúde que, pela lógica formal, não visibiliza e não discute a apropriação do espaço público pela dinâmica das relações intersubjetivas entre os profissionais da saúde e os usuários, faz com que se torne distante o empreendimento de uma luta pública pela saúde como um direito.

A dinâmica do estar em determinado espaço e empreender o agir mediador entre as obrigações que são impostas por ser um representante do Estado e, ao mesmo tempo, um cidadão, indicou que existem características próprias da ocupação do espaço público em um serviço de saúde. Essas características imprimem convivências paralelas em um mesmo espaço, constituindo-se diferentes expressões

de valor relativas ao que se considera justo na relação com o outro, tanto entre os profissionais quanto com o usuário. Disso emerge outro ponto, a condição de pertencimento, entre os componentes, ao que se entende por grupo é altamente fragmentada, o que tem implicações na forma como se ocupa o espaço público. No contexto aqui estudado, o Reconhecimento seria a extensão do diferente e a valorização de si mesmo, de modo intersubjetivo, em um espaço que pode ser público, mas para isso é preciso que os profissionais elaborem sociabilidades capazes de apoiá-los na conexão de processos de interação que respeitem a identidade deles. Mas o que eu acompanhei foi uma produção de desrespeitos que implica invisibilidade dos indivíduos em relação ao uso de um espaço coletivo. Os conflitos mais, ou menos, implícitos denunciam o sentimento de desvalorização. A resposta social dos profissionais é se ausentarem de suas obrigações morais em um espaço que poderia ser público, mas que é salpicado de conflitos mobilizados pelo sentimento de indignação moral. Assim, o não assentimento do devido Reconhecimento social pode se manifestar pela desvalorização social das pessoas, o que é altamente perigoso para nosso convívio em sociedade e, no que tange ao direito à saúde, aos próprios ideais da Reforma Sanitária.

Por outro lado, quase lançando um olhar mais otimista, os conflitos gerados nos espaços de sociabilidade dos profissionais de saúde são conformados como uma possibilidade de resistência diante das situações de desrespeito. Esses conflitos são desencadeados pelos sujeitos que até então se sentiam prejudicados pelos padrões valorativos dominantes, estabelecendo formas de resistência que conformam normas subjacentes favoráveis a eles (HONNETH, 2014). No contexto por mim estudado, as normas favoráveis é o ato de não fazer as atividades que lhe são solicitadas, é fechar a porta para não precisar colocar-se em situações que consideram degradantes: ter que entrar em contato com o usuário e não conseguir contribuir para a resolução dos problemas dele. Isso indica que a apropriação do espaço público ocorre por uma ocupação que parece não ter a potência de formar uma esfera pública que possa incubar a formação de vontades. A desconexão entre aquilo que é idealizado pelas ideias institucionalizadas para o SUS e as práticas cotidianas indicam que há um sério comprometimento da democratização das políticas públicas e da possibilidade de lutarmos publicamente pela saúde como um direito e exercermos a cidadania.

A partir do exposto, parece emergir, com mais ânimo, a responsabilidade que os profissionais da saúde têm ao participar da esfera pública, de reconhecerem o que

têm em comum, não somente entre aqueles que representam o Estado, mas com aqueles com quem compartilham o status de cidadania — os usuários. Mesmo que, diante dos dados empíricos, pareça difícil estabelecer novos engendramentos que possam ocupar o espaço público a partir de fontes motivacionais que venham a emergir pela via dos profissionais, pela diversidade de fontes de desrespeito, é importante gerar debates que tenham essa conotação. Considerando-se que o Estado democrático, se não se relacionar de forma a dar uma contrapartida às violações que empreende de forma normativa, “corre o risco de não poder nem mesmo valorar progressos e retrocessos, conquistas e anomalias normativas na esfera da ação do Estado” (HONNETH, 2014, p. 588). E, dada a conjuntura atual de perda de direitos que estamos vivenciando no Brasil, refletir sobre isso é preocupante, mas necessário.

Do narrado até aqui sobressai o pensamento de que carecemos de formas de convívio mais solidário que nos deem chances de conformar uma esfera pública. O “nós” da vida comum em grupo é importante para alcançarmos o necessário reconhecimento social que é valioso como fonte de motivação para participarmos da vida pública (HONNETH, 2013). Isto porque, se não há um coletivo, no sentido de homogeneidade entre as ideias que são compartilhadas pelos companheiros do grupo, estamos deixando vazio o espaço público. E como Honneth (2013) já mencionava, conformar formas de convívio que compartilhem o espaço público a partir da convergência de interesses individuais e do respeito aos seus membros, o “nós” da vida comum em grupo, é a possibilidade que temos para encontrar a fonte de motivação para participar da vida pública.

A partir da ideia de que a base das interações é o conflito, mas que existem experiências de sofrimento e sentimentos de injustiça que não se conformam como movimentos suficientemente fortes para se articularem na esfera pública (HONNETH, 2003), pondero a importância de ter estudado o conteúdo das relações que se estabelecem nas mais diferentes formas de sociabilidade nos serviços públicos. As fragilidades da democracia, ao mesmo tempo em que estimulam o sentimento de não pertencimento dos cidadãos à esfera pública, constituem relações intersubjetivas nas quais podemos encontrar motivações para acionar a vida pública dos sujeitos. Digo isso em função do meu entendimento de que, as relações intersubjetivas que se estabelecem nos serviços de saúde têm a potência de fortalecer as relações entre os indivíduos e motivá-los a participar da vida comum.

Contudo, diante desses apontamentos, não me parece que os espaços de participação institucionalizados, entre os quais os conselhos de saúde, possam dar conta de estabelecer vias democráticas, pensando na conjuntura das relações sociais que não possibilitam que se estabeleçam relações de solidariedade cidadã; solidariedade que propicie visibilidade social e seja plural o suficiente para se ter espaços públicos que acolham as diferentes identidades, fortalecendo o valor delas na vida pública. Caso se mantenha o atual estado de organização social, que desrespeita e desvaloriza o trabalhador em saúde, muito mais distante estará o desejado ideal de uma reforma sanitária atualizada — uma reforma da reforma.

A construção de um espaço público, que seja poroso à constituição de vontades de forma plural e que fortaleça o exercício da cidadania não parece estar relacionada ao valor monetário das atividades desenvolvidas no campo da saúde, mas a um giro epistemológico que possa dar visibilidade social aos trabalhadores e aos usuários como cidadãos. Assim, considerando-se necessário que se tenha condições de pressionar o Estado por dentro, utilizando seus próprios aparatos para tanto, são também necessários espaços públicos onde se possa estabelecer vias democráticas que constituam relações solidárias o suficiente para se obter a pluralidade necessária. É preciso manter acesa a ideia de que não estamos isolados em sociedade e que é possível, sim, alguma forma de conjunção dos indivíduos cujo resultado seja a participação, inclusive, constituindo agendas públicas a partir da própria construção do conteúdo das interações entre as pessoas na vida social (FONTES, 2008).

Saliento, aqui, que depois de ter olhado para a organização social em um serviço de saúde, buscando possibilidades de estabelecer lutas por Reconhecimento relacionadas à saúde como um direito e exercício da cidadania em espaços públicos constituídos a partir desses embates, chego a um quase impasse. Isto porque não consigo discernir fontes de mobilização capazes de constituir movimentos suficientes para atualizar os ideais da Reforma Sanitária. Isso no sentido de constituir projetos de reorganização institucional que vocalizem, de forma plural, as necessidades de visibilidade. A Reforma Sanitária mencionada aqui é aquela que promove a inclusão social e a equidade, que possa projetar políticas sociais que atendam demandas de redução de desigualdades e a afirmação de direitos como parte da cidadania (FLEURY, 2009).

Em um texto ainda atual, Fleury (2009) faz reflexões que podem dar indicativos de caminhos profícuos para que se estabeleçam formas de fazer frente ao atual

contexto em que se vê a coesão social em risco e o aumento da distância entre os direitos instituídos e aqueles em exercício, ou seja, a institucionalidade desenhada pela reforma democrática que deu origem ao SUS (2009). A autora fala sobre uma demanda de reforma sempre atual, que possa retomar a articulação entre os cidadãos e que ofereça condições para que seja possível retomar os princípios e diretrizes propugnadas em um contexto de democratização (FLEURY, 2009). Esse debate deveria ser sempre atual, pois a invisibilidade social e a negligência com a vida dos cidadãos leva ao que Assy (2012) resumiu como morte social, a mais profunda das experiências de desrespeito pelo valor social que têm os indivíduos, ferindo a dignidade humana (ASSY, 2012).

O ideal da Reforma Sanitária precisa se manter em constante atualização e, principalmente, apropriação pelos mais diferentes setores da sociedade. Assim, entendo que estudar os interstícios das relações que se constituem na implementação das políticas públicas e nas possibilidades de constituirmos espaços públicos nos ofereceria subsídios para compreender ou para fomentar a Reforma Sanitária. Esta que nos deu bases para que o SUS fosse possível, uma luta social que nasceu da indignação pelo desrespeito e mobilizou as pessoas por visibilidade pública e valorização social transcritas em um direito de cidadania — a saúde.

As considerações tecidas anteriormente despertam para reflexões sobre o quanto os profissionais da saúde têm condições de simbolizar suas funções dentro de um espaço público que é o serviço de saúde. Também proporcionam o interesse para que se estabeleça diálogo em torno das possibilidades que se tem para constituir formas mais solidárias e democráticas de convívio, fomentando, assim, a visibilidade social e acionando a vida pública. Isso parece ainda carecer de mudanças efetivas, não só em relação ao cotidiano das práticas, mas das relações a serem estabelecidas no campo da saúde, que necessitam de um despertar dos profissionais do campo da saúde para a compreensão de que, além de atores que se inserem em aparatos do Estado, são indivíduos que compartilham com o usuário o *status* de cidadão, e que ao defenderem a saúde como um direito de cidadania estarão defendendo seus próprios direitos. Assim, ocupar a esfera pública é uma necessidade para o viver em sociedade.

Aqui, estudei a construção de inter-relações em um serviço público pela gramática moral dos conflitos sociais e detectei fontes de desrespeito que podem servir de orientação para se refletir sobre fontes que estimulem a solidariedade cidadã. Mas há que se ressaltar que a ideia do cuidado — envolvimento com o outro — vai na

contramão da ideia que impera na modernidade de que só se alcança a liberdade à medida que nos desvencilhamos da responsabilidade para com o outro, de modo que os interesses individuais não se conciliam com o coletivo (FONTES, 2008). Essa é uma consideração profícua para se pensar sobre a necessária de mobilização dos sujeitos implicados nos encontros em saúde, para que seja possível o alcance pleno da condição de cidadãos. E isto tem a ver com a urgente necessidade de luta em nome da busca pelo coletivo, que pode ser alavancada pelo agir mediador do profissional em saúde.

Como proposição para debates a partir desta tese que, em boa medida, foi construída a partir da lente que Axel Honneth oferece sobre o exame da vida em sociedade, sugiro o conceito de Bem Viver que conheci pela mão de Paulo Henrique Martins, enquanto uma perspectiva de pensar sobre as tramas da vida cotidiana e as motivações dos indivíduos em seus mais diferentes grupos como capazes de decidir regras de convívio saudável, cultivando vínculos afetivos e solidários mais permanentes (MARTINS, 2015). O Bem Viver é um tema recente que tem ganhado cada vez mais espaço em diferentes campos do conhecimento, mesmo que seja difícil imaginar um viver coletivo que não esteja centrado na individualidade e no consumo, é preciso descolonizar nosso pensamento e saber, fazendo o movimento de adentrar outras perspectivas mais criativas (SCHLEMER ALCANTARA; CIOCE SAMPAIO, 2017 a; SCHLEMER ALCANTARA; CIOCE SAMPAIO, 2017b). Este conceito está relacionado a qualidade de vida e remetendo a questões como espiritualidade, natureza, modos de vida e consumo, política e ética de forma singular, mas que tem como pano de fundo o bem comum como amalgama. Este estado de estar em Bem Viver é algo conquistado de forma interdependente da educação, das relações familiares, trabalho, hábitos e ambiente fortalecendo as relações comunitárias e solidárias, os espaços comuns e as mais diversas formas de viver coletivamente, respeitando a diversidade e a natureza (SCHLEMER ALCANTARA; CIOCE SAMPAIO, 2017 a).

Essa perspectiva tem a potência de abrir espaço para outras reflexões acerca das relações intersubjetivas instituídas nas diferentes formas de sociabilidade no campo da saúde. E também dá indicações sobre a urgência de considerar e valorizar experiências que possam oferecer indícios de regras mais justas para a vida associativa, as quais carecem de novas sensibilidades afetivas e cognitivas sobre a vida, construindo outros saberes científicos sobre a saúde, os quais possam dar espaço para as diferentes formas de resistência que emanam do corpo social. A partir

do giro epistêmico que o conceito de Bem Viver apresenta revela a importância da cidadania ampliada e do modelo de desenvolvimento imposto, pedindo passagem para que reflexões inspirem outro modelo político que valorize os direitos coletivos (MARTINS, 2015).

Essas considerações nos convocam para o compromisso que temos com a constituição, reafirmação e defesa de espaços públicos que contenham direitos que venham a nos garantir uma sociedade mais justa, não só para nossa geração, mas para as que virão depois de nós, como diz Hannah Arendt. Disso tudo, uma reflexão que me inquieta e mobiliza a buscar uma nova incursão no debate acerca da saúde como um direito de cidadania, que tem seu exercício no movimento de constituir espaços públicos porosos àqueles que se mantêm invisíveis, é que não precisamos esquecer ou menos valorizar o que sabemos, o que é instituído pelas regras, normas e leis, mas dar espaço para o que é instituinte, o que vem do campo das relações e projeta impulsos contra o instituído. Disso parece vir com mais força o ato de pensar em como despertar a solidariedade cidadã para a constituição de espaços públicos pela via da saúde; e reconfigurar a forma como simbolizamos nossas responsabilidades (não só o profissional da saúde), em lutarmos pela saúde como um direito que vem do exercício da cidadania em espaços configurados públicos, onde a visibilidade social é algo construído e legitimado.

Ao buscar um ponto que indique, de alguma forma, onde cheguei, considero que a institucionalidade do Sistema de Saúde ainda desperdiça, de forma importante, o potencial que tem em constituir uma esfera pública que seja suficientemente plural para equalizar uma luta pública pela defesa de direitos coletivos. Mas para que isso aconteça é preciso reconstruir a interpretação que temos do que é público, partindo da visibilidade pública daqueles que partilham os encontros estabelecidos dentro de aparatos do Estado, como é o serviço de saúde. Inclusive, a própria existência do SUS, como um Sistema Público de Saúde, depende que tomemos consciência da função que temos socialmente em nos responsabilizarmos pelos modos como ocupamos, ou não, o espaço público. O risco de constituirmos um espaço público vazio é muito grande; os efeitos de não estabelecermos algo que seja comum a todos abre espaço para todo o tipo de exclusão.

Entendo que é preciso que se ocupe esse espaço como um exercício de cidadania. A luta pela saúde, como um direito, vem da ressignificação dos sentidos do que é público, do desejo daqueles que estão envolvidos em atividades como os

profissionais em saúde de se envolverem com o que é público. Do contrário, estaremos à deriva, basta uma crise democrática para que os ideais da Reforma Sanitária sejam colocados em voga e os sentidos de nossa atuação sejam mudados, e, assim, o sistema de saúde seja banido do rol de políticas públicas. Inclusive com o apoio daqueles que trabalham nesse espaço que deveria ser público.

No esforço de propor alguma forma de fechamento que possa traduzir as inquietações que me despertaram para o desejo de construir esta Tese, a felicidade de ter crescido enquanto cidadã e, novamente, a sensação de que renasci como indivíduo em outros referenciais epistêmicos, nesse momento convido o leitor a encerrar esta leitura/escrita visual com a fotografia a seguir. Nessa mirada, pensando nas políticas públicas do campo da saúde como importantes à cidadania, mesmo que ainda sejam projetos inacabados que carecem de outras racionalidades, mas que estão em exercício cotidiano e no agir local impõem diferentes formas de atravessamentos, foram olhadas, aqui, pelas relações intersubjetivas entre os profissionais e usuários.

15 CONSIDERAÇÕES FINAIS: QUANDO A PALAVRA ESCRITA NÃO SE FAZ MAIS NECESSÁRIA



REFERÊNCIAS

ABRAMOVAY, R. **O Futuro das Regiões Rurais**. Porto Alegre: Editora UFRGS, 2009. 152 p.

ABREU, L.; JONER, J.; SERRANO, E.; JONER, G. **Santa Soja**. Sem Editora, Porto Alegre, 1979. Disponível em: <<https://prezi.com/enm0sx9dglr/uma-leitura-de-santa-soja/>>. Acesso em 15 de jul. 2015.

ABREU, R. Compartilhando experiências e "imprevistos": relatos e reflexões sobre a prática da filmagem em pesquisas antropológicas. **Iluminuras**, Porto Alegre, v.14, n.32, p.85-112, jan./jun. 2013.

ABRUNHOSA, M. A.; BORGES, C. F.; MACHADO, F. R. S. Cuidado, acessibilidade e integralidade: elementos do trabalho do ACS. **Anais do XXVIII Congresso Nacional da ALAS**. UFPE, Recife/PE. 2011. 10 p.

ACHUTTI, L. E. R. **Fotoetnografia da Biblioteca Jardim**. Porto Alegre: Editora da UFRGS: Tomo Editorial, 2004. 319 p.

SCHLEMER ALCANTARA, L. C.; CIOCE SAMPAIO, C. A. Bem Viver como paradigma de desenvolvimento: utopia ou alternativa possível?. **Desenvolv. Meio Ambiente**, v. 40, p. 231-251, abr. 2017.

SCHLEMER ALCANTARA, L. C.; CIOCE SAMPAIO, C. A. Bem Viver: uma perspectiva (des)colonial das comunidades indígenas. **Rev. Rupturas**, San Pedro de Montes de Oca, v. 7, n. 2, p. 1-31, dez. 2017.

ALMEIDA-FILHO, N. A problemática teórica da determinação social da saúde (nota breve sobre as desigualdades em saúde como objeto de conhecimento). **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 83, p. 349-370, set./dez. 2009.

ANDRADE, L. O. M.; BARRETO, I. C. H. C.; COELHO, L. C. A. A Estratégia saúde da Família e o SUS. In: ROUQUAYROL, M. Z. SILVA, M. G. C. **Epidemiologia e saúde**. Rio de Janeiro: Medbook, 2013. p. 601-621.

ANDRADE, L. O. M.; BARRETO, I. C. H. C.; CAVALCANTI, C. G. C. S. Modelos Assistenciais em Saúde no Brasil. In: ROUQUAYROL, M. Z. SILVA, M. G. C. **Epidemiologia e saúde**. Rio de Janeiro: Medbook, 2013. p. 467-480.

ARENDT, H. **A condição humana**. 13. ed. rev. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2017. 474 p.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE SAÚDE COLETIVA (ABRASCO). **Nota Entidades "Capital Estrangeiro - Veta Dilma!"**. Disponível em: <<http://www.abrasco.org.br/site/2015/01/nota-entidades-capital-estrangeiro-veta-dilma/>>. Acesso em 09 de nov. 2015.

ASSY, B. Invisibilidade social, reconhecimento e Direito à Saúde. In: PINHEIRO, R.; SILVEIRA, R.; LOFEGO, J. (Orgs.). **Integralidade sem fronteiras: itinerários**

formativos e de gestão na busca por cuidado. Rio de Janeiro: CEPSC/IMS/UERJ/ABRASCO, 2012. p. 27-41.

AYRES, J. R. O Cuidado e o espaço público da saúde: virtude, vontade e reconhecimento na construção política da integralidade. In: PINHEIRO, R.; SILVA JUNIOR, A. G. **Cidadania no Cuidado:** o universal e o comum na integralidade das ações de saúde. Rio de Janeiro: IMS/UERJ – CEPSC, 2011. p. 27-44.

BARBOSA, A. Imagem, Pesquisa e Antropologia. **Cadernos de Arte e Antropologia**, São Paulo, v.3, n.2, p.3-8, 2014.

BAPTISTA, T. W. F.; MACHADO, C. V.; LIMA, L. D. Responsabilidade do Estado e direito à saúde no Brasil: um balanço da atuação dos Poderes. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 829-839, jun. 2009.

BELTRÃO, K. I. et al. A Constituição de 1988 e o Acesso da População Rural Brasileira à Seguridade Social. In: (Org.). Camarano, Ana Amélia. **Os Novos Idosos Brasileiros: Muito Além dos 60?**. Rio de Janeiro: IPEA, 2004. p.231-352. Disponível em:<http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/livros/Arq_29_Livro_Completo.pdf>. Acesso em 09 de nov. 2017.

BRASIL. **Lei Complementar nº 11, de 25 de maio de 1971.** Institui o Programa de Assistência ao Trabalhador Rural, e dá outras providências. DOU de 26.5.1971, republicado em 05.8, 71, rep. em 24.11.71, rep. em 25.11.71 e retificado em 26.11.1971

BRASIL. Ministério da Saúde. **Redes Prioritárias e Lógica comum das Portarias das Redes Temáticas.** Disponível em:<http://dab.saude.gov.br/portaldab/smp_ras.php?conteudo=rede_proprietaria>. Acesso em 03 ago.2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde Mais Perto de Você:** As Redes de Atenção à Saúde. Disponível em:<http://dab.saude.gov.br/portaldab/smp_ras.php>. Acesso em: 20 de set. 2013.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Agrário (MDA). **Histórico da Instituição.** Disponível em:<<http://www.mda.gov.br/sitemda/pagina/hist%C3%B3rico>>. Acesso em 15 de out. 2015.

BRASIL. **Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010.** Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em:< <http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/gm/107038-4279.html>>. Acesso em 30 de jan. 2013.

BRASIL. **Resolução nº 466,** de 12 de dezembro de 2012. Dispõe sobre as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília, DF, Conselho Nacional de Saúde, 2012.

BRASIL. Senado Federal. **Proposta de emenda à Constituição nº 55, de 2016 – PEC teto dos gastos públicos.** 2016. Disponível em:<

<https://www25.senado.leg.br/web/atividade/materias/-/materia/127337>>. Acesso em 10 de fev. 2017.

CAILLÉ, A. Um totalitarismo democrático? Não, o parcelitarismo. In: In: MARTINS, P.H. MATOS, A. FONTES, B. (Orgs.). **Limites da Democracia**. Recife: Ed. Universitária da UFPE, 2008. p. 21-31.

CAMPOS, G. W. S. Reflexões temáticas sobre equidade e saúde: o caso do SUS. **Saude soc.**, São Paulo, v. 15, n. 2, p. 23-33, ago. 2006.

CAMPOS, G. W. S. **Saúde Paidéia**. São Paulo: HUCITEC; 2003. 185 p.

CASTELLANOS, M. E. P. A narrativa nas pesquisas qualitativas em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 4, p. 1065-1076, abr. 2014.

CECCIM, R. B.; FERLA, A. A. Educação e saúde: ensino e cidadania como travessia de fronteiras. **Trab. educ. saúde**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 3, p. 443-456, 2008.

CECILIO, L. C. de O. et al. A Atenção Básica à Saúde e a construção das redes temáticas de saúde: qual pode ser o seu papel? **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 11, p. 2893-2902, nov. 2012.

CHANIAL, P. Todos direitos por todos e para todos: Cidadania, solidariedade social e sociedade civil num mundo globalizado. In: MARTINS, P.H.; NUNES, B. F. **A nova ordem social: perspectivas da solidariedade contemporânea**. Brasília: Paralelo 15, 2004. p. 73-98.

COHN, A. Saúde e desenvolvimento. **Saúde e Sociedade**, v.18, supl.2, 2009.

COSTA, L.A.; NEVES, J. A. B. Burocracia e inserção social: um estudo sobre o Ministério da Saúde na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS). **Saúde e Sociedade**, [S.l.], v. 22, n. 4, p. 1117-1131, dez. 2013. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/sausoc/article/view/76506>>. Acesso em 13 de out. 2015.

DIDI-HUBERMAN, G. Quando as imagens tocam o real. **Pós: Belo Horizonte**, v. 2, n. 4, p. 204 - 219, nov. 2012.

DUARTE, L. F. Comentários. In: Velho, Gilberto; Kuschnir, Karina (Orgs.). **Mediação, Cultura e Política**. Rio de Janeiro: Aeroplano, 2001. p. 127- 136.

DUSSAULT, G. A ligação em falta no caminho para a Cobertura Universal de Saúde: a gestão. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 10, p. 2930, out. 2015.

ESCOREL, S.; TEIXEIRA, L. A. História das Políticas de Saúde no Brasil de 1822 a 1963: do império ao desenvolvimentismo populista. In: GIOVANELLA, L. et al. (orgs). **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008. p. 333-384.

FLEURY, S. Reforma sanitária brasileira: dilemas entre o instituinte e o instituído. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 743-752, jun. 2009.

FLEURY, S.; OUWERNEY, A. M. Política de Saúde: uma política social. In: GIOVANELLA, L. (Org.). **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008. p. 23-64.

FONTANELLA, B. J. B.; RICAS, J.; TURATO, E. R. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. **Cad. Saúde Pública**, v. 24, n. 1, p. 17-27, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2008000100003&script=sci_arttext>. Acesso em 10 de set. 2013.

FONTES, B. A. S. M. Sobre a trajetórias de sociabilidade: a ideia de rede de saúde comunitária. In: MARTINS, P. H.; FONTES, B. **Redes Sociais e Saúde: novas possibilidades teóricas**. Recife: Ed. Universitária da UFPE, 2004. p. 121-142.

FONTES, B. Democracia, Comunidade e Território. In: MARTINS, P.H. MATOS, A. FONTES, B. (Orgs.). **Limites da Democracia**. Recife: Ed. Universitária da UFPE, 2008. p. 229-45.

GALVÃO, E. L., et al. Análise da distribuição geográfica dos serviços de saúde no Vale do Jequitinhonha, Minas Gerais. **Hygeia**, Uberlândia, v. 11, n. 20, p 32 - 44, jun. 2015.

GEERTZ, C. **O saber local: novos ensaios em antropologia interpretativa**. 12. Ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2012. 255 p.

GEERTZ, C. **A interpretação das culturas**. 1 ed. – [Reimpr.]. – Rio de Janeiro: LTC, 2015. 323 p.

GEHLEN, I. Políticas públicas e desenvolvimento social rural. **São Paulo Perspec.**, São Paulo, v. 18, n. 2, p. 95-103, jun. 2004.

GERHARDT, T. E. et al. Reconhecimento e estigma em uma comunidade rural: discutindo acesso, participação e visibilidade de usuários em situação de adoecimento crônico. In: PINHEIRO, R., MARTINS, P. H. (Org.). **Avaliação em Saúde na perspectiva do usuário: abordagem multicêntrica**. Rio de Janeiro: CEPESQ/IMS/UERJ; Recife: Editora Universitária UFPE; São Paulo: ABRASCO, 2009. p. 309-24.

GERHARDT, T. E. et al. Atores, redes sociais e mediação em saúde: laços e nós em um cotidiano rural. In: PINHEIRO, R., MARTINS, P. H. (Org.). **Usuários, redes sociais, mediações e integralidade na saúde**. Rio de Janeiro: CEPESQ/IMS/LAPPIS, 2011a. p. 112-125.

GERHARDT, T.E. et al. A mediação no meio rural: concepções e caminhos da pesquisa em saúde. In: PINHEIRO, R., MARTINS, P.H. **Usuários, redes sociais, mediações e integralidade em saúde**. Rio de Janeiro: CEPESQ-IMS/UERJ, Recife: Editora Universitária UFPE, 2011b. p. 241-252.

DI LEO, P. F.; PINHEIRO, R. Vulnerabilidades y Reconocimiento: Abordaje biográfico de los vínculos entre jóvenes y violencias en barrios marginalizados de Buenos Aires, Argentina. **Cad. Saúde Pública**, v. 33, n. 4, e00200615, 2017.

GALEANO, E. H. **As veias abertas da América Latina**. Porto Alegre (RS): L&PM, 2017. 400 p.

GODBOUT, J. Há representação sem representatividade? In: MARTINS, P.H.; MATOS, A.; FONTES, B. **Limites da democracia**. Recife: Ed. Universtária UFPE, 2008. p. 55-74.

GURAN, M. **Documentação Fotográfica e Pesquisa Científica: Notas e Reflexões**. Prêmio Funarte Marc Ferrez de Fotografia, 2012. Disponível em:< <http://www.labhoi.uff.br/node/1905>>. Acesso em 03 de fev. 2016.

HONNETH, A. **Luta por reconhecimento: A gramática moral dos conflitos sociais**. 2. ed. Luiz Repa (Trad.). São Paulo: Ed. 34, 2003. 308 p.

_____. Redistribución como renocimiento. Respuesta a Nancy Fraser. In: FRASER, N.; HONNETH, A. (Orgs.). **¿Redistribución o reconocimiento?** Madrid, Morata, 2006. P. 89-148.

HONNETH, A.; ANDERSON, J. Autonomia, Vulnerabilidade, Reconhecimento e Justiça. **Cadernos de Filosofia Alemã: Crítica e Modernidade**, São Paulo, n. 17, p. 81-112, jun. 2011.

HONNETH, A. Barbarizações do conflito social: Lutas por reconhecimento ao início do século 21. **Civitas - Revista de Ciências Sociais**, v. 14, n. 1, jan.-abr. 2014.

_____. O nós da formação da vontade democrática. In: HONNETH, A. **O direito de liberdade**. São Paulo: Martins Fontes, 2015. p. 255-334.

LACERDA, A.; MARTINS, P. H. A Dádiva no Trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde: a experiência do reconhecimento do amor, do direito e da solidariedade. **Revista de Estudos Antiutilitaristas e PosColoniais – REALIS**, v.3, n. 1, jan-jun. 2013.

LOFEGO, J. et al. Itinerários terapêuticos: prática avaliativa centrada no usuário de longa permanência do Hospital de Saúde Mental do Acre. In: PINHEIRO, R., MARTINS, P. H. (Org.). **Avaliação em Saúde na perspectiva do usuário: abordagem multicêntrica**. Rio de Janeiro: CEPESQ/IMS/UERJ; Recife: Editora Universitária UFPE; São Paulo: ABRASCO, 2009. p. 103-12.

LOPES, J. G. As especificidades de análise do espaço, lugar, paisagem e território na geográfica. **Geografia Ensino & Pesquisa**, v. 16, n. 2, maio/ ago. 2012.

LOPES, T. C.; HENRIQUES, R. L. M.; PINHEIRO, R. Trabalho em equipe e responsabilidade coletiva: a potência do espaço público. PINHEIRO, R.; MATTOS,

R. A. (Orgs.). **Razões públicas para a integralidade em saúde: o cuidado como valor**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ: CEPSC: ABRASCO, 2009. p. 69-117.

LOTTA, G. S.; PAVEZ, T. R. Agentes de implementação: mediação, dinâmicas e estruturas relacionais. **Cadernos Gestão Pública e Cidadania**, São Paulo, v. 15, n. 56, p. 109-25, jan. 2010.

LOTTA, G. S. Saberes locais, mediação e cidadania: o caso dos agentes comunitários de saúde. **Saúde soc.**, São Paulo, v. 21, supl. 1, p. 210-222, mai. 2012.

LOTTA, G. S.; VAZ, J. C. Arranjos Institucionais De Políticas Públicas: aprendizados a partir de casos do Brasil. **Revista do Serviço Público**, Brasília, v. 66, n. 2, p. 171-194, abr/jun. 2015.

LORENZINI, E. et al. Contribuições do programa de doutorado sanduíche nas abordagens metodológicas: relato de experiência. **Rev Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 37, n.2, e58244, 2016.

LUZ, M. Fragilidade social e busca de cuidado na Sociedade Civil de hoje. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Orgs.). **Cuidado: as fronteiras da integralidade**. Rio de Janeiro: CEPSC/UERJ, ABRASCO, 2008. p.11-23.

_____. Políticas de descentralização e cidadania: novas práticas em saúde no Brasil atual. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2009. p. 21-42.

MACHADO, F. R. S. Algumas interfaces do direito à saúde. In: PINHEIRO, R.; SILVA JUNIOR, A. **Cidadania no cuidado: o universal e o comum na integralidade das ações de saúde**. Rio de Janeiro: IMAS/UERJ - CEPESC, 2011.

MACHADO, F. R. S.; GUIZARDI, F. L.; LACERDA, A. Democratização e sociabilidade na saúde: uma proposta de investigação científica. In: PINHEIRO, R.; SILVEIRA, R.; LOFEGO, J. (Orgs.). **Integralidade sem fronteiras: itinerários formativos e de gestão na busca por cuidado**. Rio de Janeiro: CEPSC/IMS/UERJ/ABRASCO, 2012. p. 89-110.

MAGALHÃES, A. M. M.; DALL'AGNOL, C. M.; MARCK, P. B. Carga de trabalho da equipe de enfermagem e segurança do paciente - estudo com método misto na abordagem ecológica restaurativa. **Rev. Latino-Am. Enfermagem [Internet]**. jan.-fev. 2013.

MAGALHÃES JÚNIOR, H. M. Redes de atenção à saúde: rumo à integralidade. **Divulgação em Saúde para Debate**, Rio de Janeiro, n. 52, p. 15-37, out. 2014. Disponível em: <http://cebes.com.br/site/wp-content/uploads/2014/12/Divulgacao-52.pdf>. Acesso em: 10 out. 2015.

MARSHAL, T. H. **Cidadania, Classe e Status**. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1967. 320 p.

38.

MARTINS, J. S. **A sociabilidade do homem simples: cotidiano e história na modernidade anômala**. 3. ed. São Paulo: Contexto, 2002. 176 p.

_____. **Sociologia da fotografia e da imagem**. 2. ed., 1ª reimpressão. São Paulo: Contexto, 2013. 206p.

_____. A crise do imaginário rural brasileiro. In: MARTINS, J. S. (Org.). *Uma sociologia da vida cotidiana*. São Paulo: Contexto, 2014. p. 127-

MARTINS, P.H. O embaraço democrático e os desafios da participação. In: MARTINS, P.H.; MATOS, A.; FONTES, B. **Limites da democracia**. Recife: Ed. Universitária/UFPE, 2008a. p. 33-54.

_____. Usuários, redes de mediação e associações públicas híbridas em saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). **Cuidar do cuidado: responsabilidades com a integralidade das ações de saúde**. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ: ABRASCO, 2008b. 356p.

_____. Fundamentos da cidadania na saúde na perspectiva do reconhecimento: caminhos da pesquisa. In: PINHEIRO, R.; MARTINS, P.H. (Org.). **Avaliação na perspectiva de usuário: abordagem multicêntrica**. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ: ABRASCO, 2009. p.71-84.

_____. Bien Vivir, uma metáfora que libera a experiência sensível dos Direitos Coletivos na Saúde. **Cuerpos, Emociones Y Sociedad**, Córdoba, N°16, Año 6, p. 12-23, dez. 2014 – mar. 2015.

MATOS, A. A democracia Limitada pela Organização Social. In: MARTINS, P.H.; MATOS, A.; FONTES, B. **Limites da Democracia**. Recife: Ed. Universitária da UFPE, 2008. p. 75-108.

MATTOS, R.A. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Org.). *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: UERJ, IMS/Abrasco, 2001. p. 39-64.

_____. Repensando a organização da rede de serviços de saúde a partir do princípio da integralidade. In: **Razões públicas para a integralidade: o cuidado como valor**. Rio de Janeiro: CEPSC/IMS-UERJ; Recife: Editora Universitária UFPE; São Paulo: ABRASCO, 2011.

MEDEIROS, S. M.; GUIMARAES, J. Cidadania e saúde mental no Brasil: contribuição ao debate. **Ciênc. saúde coletiva**, São Paulo, v. 7, n. 3, p. 571-579, 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232002000300014&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 10 nov. 2015.

MENDES, E. V. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família.** Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012. 512 p.

MENDONÇA, R. F. Dimensão intersubjetiva da auto-realização: em defesa da teoria do reconhecimento. **Rev. bras. Ci. Soc.**, São Paulo, v. 24, n. 70, p. 143-154, jun. 2009.

MELLEIRO, M. M.; GUALDA, D. M. R.. A abordagem fotoetnográfica na avaliação de serviços de saúde e de enfermagem. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 15, n. 1, p. 82-88, mar. 2006.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.** 12. ed. São Paulo: HUCITEC; 2010. 407 p.

MINAYO, M. C. S.; GUERRIERO, I. C. Z. Reflexividade como éthos da pesquisa qualitativa. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 4, p. 1103-1112, abr.2014.

MIRANDA, A. **O desafio de construir a regionalização a partir de experiências próprias.** Entrevista cedida. Disponível em: <http://www.resbr.net.br/o-desafio-de-construir-a-regionalizacao-a-partir-de-experiencias-proprias/>. Acesso em 03 de dez. 2015.

MONKEN, M. et al. O território n Saúde: construindo referências para análises em saúde e ambiente. In: BARCELLOS, C. (Org.). **Território, Ambiente e Saúde.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. p. 23-42.

MOREIRA, M. C. N. Dádiva e rede na saúde: circuitos de troca e construção de estratégias de cuidado. In: **Razões públicas para a integralidade: o cuidado como valor.** PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.) 2.ed. Rio de Janeiro: IMS/UERJ: CEPESC: ABRASCO, 2009. p. 301-316.

MOROSINI, M. V. G. C.; FONSECA, A. F. Reviewing the Brazilian National Primary Healthcare Policy at such a time?. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 1, e00206316, 2017.

NOBRE, M. Apresentação. In: **Luta por Reconhecimento: a gramática moral dos conflitos sociais.** São Paulo: Ed. 34, 2003. p. 7 -19.

_____. Reconstrução em dois níveis: Um aspecto do modelo crítico de Axel Honneth. MELLO, M. **A teoria crítica de Axel Honneth: Reconhecimento, Liberdade e Justiça.** São Paulo: Editora Saraiva, 2013. p.11-54

NUNES, E. D. Saúde Coletiva: Uma história recente de um passados remoto. In: CAMPO, G. W. S. **Tratado de Saúde Coletiva.** Saúde Paulo: HUCITEC, 2009. p.19-40.

NEVES, D. P. **Desenvolvimento social e mediadores políticos**. Porto Alegre: Editora da UFRG: Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Rural, 2008. 176 p.

OLIVEIRA, R.C. **O trabalho do Antropólogo**. 2 ed. Brasília: Paralelo 15; São Paulo: Editora UNESP, 2000. 220 p.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). **A atenção à saúde coordenada pela APS: construindo as redes de atenção no SUS**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. 111 p.

PERETTO, M. et al. Gravidez na adolescência em oito municípios do RS: perfil de ocorrência e rede de serviços. **Rev. Eletr. Enf.** [Internet]. v. 2, n. 13, out.-dez. p. 721-9, 2011.

PEZZATO, L. M.; L'ABBATE, S. O uso de diários como ferramenta de intervenção da Análise Institucional: potencializando reflexões no cotidiano da Saúde Bucal Coletiva. **Physis** [online]. v.21, n.4, p.1297-1314, 2011.

PORTUGAL, S. "Quem tem amigos tem saúde": O papel das redes sociais no acesso aos cuidados de saúde. Comunicação apresentada ao **Simpósio "Família, Redes Sociais e Saúde"**, Hamburgo, Instituto de Sociologia da Universidade de Hamburgo, 7 e 8 de abril de 2005. Disponível em: <http://www.ces.uc.pt/publicacoes/oficina/ficheiros/235.pdf>. Acesso em: 10 nov. 2015.

POLIT, Denise. F.; HUNGLER, Bernadette.P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed; 2004.

RAYNAUT, C. Interfaces entre a antropologia e a saúde: em busca de novas abordagens conceituais. **Rev. Gaúcha Enferm**, Porto Alegre, v.27, n.2, p.149-165, 2006.

RIGHI, L. Redes de Saúde: Uma Reflexão sobre Formas de Gestão e o Fortalecimento da Atenção Básica. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Série Textos Básicos. **Cadernos Humaniza SUS**, Brasília, v. 2, 2010.

RIQUINHO, D. L.; HENNINGTON, E. A. Aderir ou resistir ao cultivo do tabaco? Histórias de trabalhadores rurais de localidade produtora no Sul do Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 10, p. 3981-3990, out. 2014.

ROCHA, A. L. C.; ECKERT, C. Etnografia: Saberes e Práticas. **Iluminuras**, Porto Alegre, n.21, p. 1-23, 2008. Disponível em:<<http://seer.ufrgs.br/iluminuras/article/view/9301>>. Aceso em: 15 de out. 2013.

ROESE, A. **Fluxos e acesso de usuários a serviços de saúde de média complexidade no município de Camaquã, RS**. 2005. 193 f. (Dissertação de Mestrado) - Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2005.

ROESE, A. et al. Diário de campo: construção e utilização em pesquisas científicas. **Online braz. j. nurs. (Online)**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 3, Não paginado, dez.2006.Disponível em: <<http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/598/141>>. Acesso em: 29 Mar 2014.

ROESE, A.; SANTOS, V.C.F. A regionalização em saúde a partir da perspectiva de secretários de saúde: a atual conformação das Regiões em Saúde. In: **11º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva (ABRASCO)**. Goiânia (GO), 2015.

ROSSARI, U. V. S.; MOTTA, M. G. C. Uso da fotografia como método de coleta de informações : estudo qualitativo com adolescentes com câncer. **Rev. gaúch. enferm**, Porto Alegre, v. 30, n.3, p. 500-7, 2009.

RUIZ, E. N. F.; GERHARDT, T. E. Políticas públicas no meio rural: visibilidade e participação social como perspectivas de cidadania solidária e saúde. **Physis** [online]. 2012, vol.22, n.3, pp. 1191-1209. Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-73312012000300018&script=sci_arttext>. Acesso em: 20 ago. 2013.

_____. Dádivas do aparecer e a (Re) ação ao estigma: marcas de uma identidade coletiva, modo de viver e adoecer em um lugar-rural. In: VERDUM, R. (Org.). **Abordagem interdisciplinar sobre desenvolvimento rural em municípios do planalto sul-rio-grandense**. Série Estudos Rurais. 2016. No prelo. s.p.

SANTOS, V.C.F.; GERHARDT, T.E. A mediação em saúde: espaços e ações de profissionais na rede de atenção à população rural. **Saude soc.**, São Paulo, v. 24, n. 4, p.1164-1179, 2015.

SANTOS, L. O que são redes? In: CARVALHO, G. (Org.) **Redes de Atenção à Saúde no SUS: o pacto pela saúde e redes regionalizadas de ações e serviços de saúde**. 2 ed. Campinas, SP: Saberes Editora, 2011.

SANTOS, M. A Natureza do Espaço: Técnica e Tempo, Razão e Emoção. 4. ed. 2. reimpr. - São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2006.

SANTOS, M. O Dinheiro e o Território. **GEOgraphia** – Ano. 1 – No 1 – 1999. Disponível em: <http://www.uff.br/geographia/ojs/index.php/geographia/article/viewFile/2/2>. Acesso em: 16 ago. 2015.

SANTOS, V. C. F. dos. **Articulação de ações e práticas em saúde: a mediação do cuidado na rede assistencial de São Lourenço do Sul/RS**. 2013. 185 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Escola de Enfermagem. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Porto Alegre, 2013.

SANTOS, V. C. F. et al. Incubadora da Integralidade: experiências e inovações em saúde no espaço rural. In: GERHARDT, T. E.; LOPES, M. J. M. (Org.). **O Rural e a Saúde: compartilhando teoria e método**. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2015. p.187-204.

SANTOS, V. C. F.; GERHARDT, T. E. O rural e sua gente: as distâncias entre os serviços de saúde e o território. In: VERDUM, R. (Org.). **Abordagem interdisciplinar sobre desenvolvimento rural em municípios do planalto sul-riograndense**. Série Estudos Rurais. 2016. No prelo.

SANTOS, V.C.F.; ROESE, A. Análise do processo de implementação das regiões de saúde: a aproximação entre os municípios. In: **Anais do 12º Congresso Internacional da Rede Unida**. Campo Grande (MT), 2016.

SCHEFFER, M. O capital estrangeiro e a privatização do sistema de saúde brasileiro. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 4, p. 663-666, abr. 2015. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2015000400663&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 19 set. 2015.

SIGNATES, L. Estudo sobre o conceito de mediação. *Novos Olhares: Revista de Estudos sobre Práticas de Recepção a Produtos Midiáticos*, No 2 (1998). Disponível em: <<http://www.revistas.univerciencia.org/index.php/novosolhares/article/view/8311>>. Acesso em: 20 mai. 2015.

SILVA, J. G. Velhos e novos mitos do rural brasileiro. **Estudos avançados**, São Paulo, vol. 15, n. 43, p. 37-50, dez. 2001.

SILVA JUNIOR, A. G.; ALVES, C. A.; ALVES, M. G. M. Entre tramas e redes: cuidado e integralidade. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). **Construção Social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos**. 2. ed. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ: ABRASCO; 2010. p. 79-92.

SILVA, S. F.; MAGALHÃES JUNIOR, H. M. Redes de atenção à saúde: importância e conceitos. In: SILVA, S.F. (Org.). **Redes de Atenção à Saúde no SUS: o pacto pela saúde e redes regionalizadas de ações e serviços de saúde**. 2. ed. Campinas, SP: Saberes Editora, 2011.

SILVA, T. C. Registro fotográfico e a dinâmica das negociações na construção da etnografia: minhas experiências com a pesquisa “Bonecas Karajá”. **Iluminuras**, Porto Alegre, v.14, n.32, p. 170-192, jan./jun. 2013.

SOBOTTKA, E. A. Liberdade, reconhecimento e emancipação – raízes da teoria da justiça de Axel Honneth. **Sociologias**, Porto Alegre, v. 15, n. 33, p. 142-168, mai./ago. 2013.

_____. **Reconhecimento: Novas abordagens em teoria Crítica**. São Paulo: Anablume, 2015. 144 p.

SOBOTTKA, E. A.; SAAVEDRA, G. A. Introdução à teoria do reconhecimento de Axel Honneth. *Civitas – Revista de Ciências Sociais*, v. 8, n. 1, p.9-18, jan.-abr. 2008.

SOUZA, J. **A elite do atraso: da escravidão à Lava Jato**. Rio de Janeiro, Leya, 2017. 240 p.

SUSAN, S. **Sobre Fotografia**. São Paulo: Companhia das Letras, 2004. 224 p.

SPEDO, S. M.; PINTO, N. R. S.; TANAKA, O. Y.. O difícil acesso a serviços de média complexidade do SUS: o caso da cidade de São Paulo, Brasil. **Physis**, Rio de Janeiro , v. 20, n. 3, p. 953-972, 2010 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312010000300014&lng=en&nrm=iso>. Acessado em: 03 dez. 2015.

TAVARES, J. S. C.; ROCHA, A. A. R. M. Redes Sociais de suporte: pontes entre a família e outros contextos de atenção. In: TRAD, L.A. B. et al. (ORG.). **Contextos, parcerias e itinerários na produção do cuidado integral: diversidade e interseções**. Rio de Janeiro: CEPESC/ABRASCO, 2015. p.135-148.

UCHOA, A. C. et al . Avaliação da satisfação do usuário do Programa de Saúde da Família na zona rural de dois pequenos municípios do Rio Grande do Norte. **Physis**, Rio de Janeiro , v. 21, n. 3, p. 1061-1076, 2011.

VEIGA, J.E. O Brasil rural ainda não encontrou seu eixo de desenvolvimento. **Estud. av.**, São Paulo, v. 15, n. 43, p. 101-119, dez. 2001.

VELHO, G. Biografia, trajetória e mediação. In: VELHO, G.; KUSCHNIR, K. (Orgs.). **Mediação, Cultura e Política**. Rio de Janeiro: Aeroplano, 2001. p. 13-28.

WANDERLEY, M.N. B. Olhares sobre o “rural” brasileiro. **Raízes, Campina Grande**, v. 23, n. 01 e 02, p. 82–98, jan./dez. 2004.

_____. **O mundo rural como um espaço de vida: reflexões sobre a propriedade da terra, da agricultura familiar e ruralidade**. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2009. 328 p.

_____. **Um saber necessário: os estudos rurais no Brasil**. Campinas: Editora da UNICAMP, 2011. 151p

APENDICES

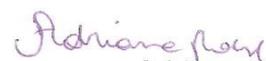
APÊNDICE A - Autorização para utilização de dados

CARTA DE AUTORIZAÇÃO

Eu, Adriana Roese, coordenadora do projeto de pesquisa “Doenças Crônicas Não transmissíveis e o Planejamento em Saúde: os desafios da Região Metropolitana de Porto Alegre, RS.”, com início em junho de 2013 e previsão de conclusão em agosto de 2018, aprovado Comitê de Ética da UFRGS com nº CAAE: 1 91 7831 3.8.0000.5347, autorizo a doutoranda Vilma Constancia Fioravante dos Santos, vinculada a Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul – EENF/UFRGS/Membro do Grupo de Pesquisa em Saúde- GESC, a fazer uso dos dados da pesquisa (entrevistas, fotografias e audiovisual), com a qual colaborou com a geração durante a sua participação como pesquisadora no referido projeto.

Neste momento a doutoranda encontra-se na formulação de seu projeto de tese intitulada “**O cuidado em imagens na Rede de Atenção em Saúde: o Reconhecimento na mediação e a Saúde como um direito de cidadania**”, que está vinculado a este projeto de pesquisa maior e será desenvolvido no Município de Gravataí.

Porto Alegre, 20 de maio de 2016.


Adriana Roese

APÊNDICE B - Autorização para realização da Pesquisa em Gravataí



Av. Ely Corrêa, 675 - 4º andar
P. dos Anjos - CEP: 94190-130 - Gravataí/RS
Fone: (51) 3600.7199
sms@gravatai.rs.gov.br
www.gravatai.rs.gov.br

SMS
SECRETARIA MUNICIPAL
DA SAÚDE

AUTORIZAÇÃO

Autorizamos Vilma Constancia Fioravante dos Santos, realizar pesquisa de doutorado intitulada "**O cuidado em imagens na Rede de Atenção em Saúde: o Reconhecimento na mediação e a Saúde como um direito de cidadania**" vinculada Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul - EENF/UFRGS/Membro do Grupo de Pesquisa em Saúde- GESC, sob orientação da Profª Drª Tatiana Engel Gerhardt.

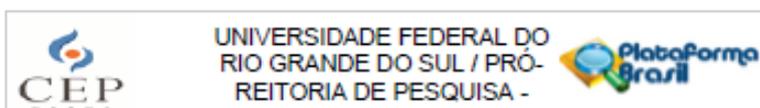
A presente proposta tem por objetivo geral: analisar e compreender as ações de mediação em saúde promovidas por profissionais aos usuários residentes do rural Gravataí/RS e suas implicações para a saúde como direito de cidadania, tendo como pano de fundo os domínios positivos e negativos do Reconhecimento. Esta pesquisa integra o projeto "Doenças Crônicas Não transmissíveis e o Planejamento em Saúde: os desafios da Região Metropolitana de Porto Alegre, RS." coordenado pela Profª Drª Adriana Roese (EENF/UFRGS/GESC) o qual está autorizado para realização no Município.

Gravataí, 17 de maio de 2016


Cleusa Pack
Coordenadora do NUMESC


Laone Pinheiro Guimarães
Secretário Municipal da Saúde

APÊNDICE C – Documento de aprovação do Comitê de Ética



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: O CUIDADO EM IMAGENS NA REDE DE ATENÇÃO EM SAÚDE: O RECONHECIMENTO NA MEDIAÇÃO E A SAÚDE COMO UM DIREITO DE CIDADANIA

Pesquisador: Tatiana Engel Gerhardt

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 57695116.0.0000.5347

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.707.458

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um projeto de doutorado vinculado à Escola de Enfermagem que prevê a realização de um estudo qualitativo do tipo etnográfico, com vistas à compreender as ações e implicações de mediação em saúde promovidas por profissionais e usuários de uma Equipe de Saúde da Família do Rural de Gravataí. Além de observação e entrevistas com profissionais, empregará fotografias para construção de uma narrativa visual. O projeto está vinculado a uma pesquisa maior já em andamento ("Doenças Crônicas Não Transmissíveis e o Planejamento em Saúde: os desafios da Região Metropolitana de Porto Alegre/RS", sob coordenação da Profa. Adriana Roese, financiada pela FAPERGS) já aprovada pelo CEP/UFRGS.

Objetivo da Pesquisa:

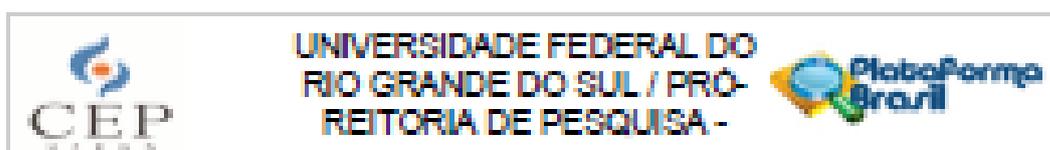
Objetivo Primário:

Analisar e compreender as ações de mediação em saúde promovidas por profissionais aos usuários residentes do rural de um Município da Região Metropolitana de Porto Alegre/RS e suas implicações para a saúde como direito de cidadania, tendo como pano de fundo os domínios positivos e negativos do Reconhecimento.

Objetivo Secundário:

- Identificar e descrever a configuração do contexto da mediação em saúde promovida por

Endereço: Av. Paulo Gama, 110 - Sala 317 do Prédio Anexo 1 da Reitoria - Campus Centro
 Bairro: Farroupilha CEP: 90.040-060
 UF: RS Município: PORTO ALEGRE
 Telefones: (51)3308-3738 Fax: (51)3308-4085 E-mail: etica@propesq.ufrgs.br



Contribuição do Pesquisador: 1.707,68

Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetoFree_Vilma_CBP_1107.docx	10/07/2018 08:27:58	Vilma Constança Florentino dos Santos	Aceito
Outros	Ata_Banca_Qualificacao_Vilma.pdf	10/07/2018 17:22:43	Vilma Constança Florentino dos Santos	Aceito
Orçamento	Orçamento.pdf	10/07/2018 17:20:42	Vilma Constança Florentino dos Santos	Aceito
Cronograma	Cronogram_Pesquisa.pdf	10/07/2018 17:28:44	Vilma Constança Florentino dos Santos	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Aprovacao_COMPESQ_Projeto.pdf	10/07/2018 17:28:19	Vilma Constança Florentino dos Santos	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	AF_Autorizacao_Gravitai_pesquisa.pdf	10/07/2018 17:28:08	Vilma Constança Florentino dos Santos	Aceito
TCE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	ApC_TCE_usuario.pdf	10/07/2018 17:27:41	Vilma Constança Florentino dos Santos	Aceito
TCE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	ApD_TCE_profes.pdf	10/07/2018 17:27:08	Vilma Constança Florentino dos Santos	Aceito
Outros	ApC_Roteiro_entrevistas_profissionais.p df	10/07/2018 17:25:08	Vilma Constança Florentino dos Santos	Aceito
Outros	ApD_Roteiro_observacao_participante.p df	10/07/2018 17:23:43	Vilma Constança Florentino dos Santos	Aceito
Declaração de Pesquisadores	ApA_Autorizacao_Prof_Adriana_Roese. pdf	10/07/2018 17:22:03	Vilma Constança Florentino dos Santos	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_rosto_Vilma_C_F_dos_Santos 1.pdf	10/07/2018 17:18:08	Vilma Constança Florentino dos Santos	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Av. Paulo Gama, 110 - Sala 217 do Prédio Anexo I de Reitoria - Campus Centro
 Bairro: Foinhozinho CEP: 91.240-000
 UF: RS Município: PORTO ALEGRE
 Telefone: (51)3026-3738 Fax: (51)3026-4042 E-mail: etica@projeto.ufrgs.br

Página 6 de 10

ANEXOS

Anexo A – Termo De Consentimento Livre Esclarecido (TCLE) para os profissionais de saúde

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO (TCLE)

Você está sendo convidado para participar da pesquisa “**O cuidado em imagens na Rede de Atenção em Saúde: o Reconhecimento na mediação**”. Trata-se de uma pesquisa de doutorado da aluna **Vilma Constancia Fioravante dos Santos**, do curso de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. O objetivo geral da pesquisa é “Analisar e compreender as ações de mediação em saúde promovidas por profissionais aos usuários residentes do rural de um Município da Região Metropolitana de Porto Alegre/RS e suas implicações para a saúde como direito de cidadania, tendo como pano de fundo os domínios positivos e negativos do Reconhecimento”. Justifica-se a realização deste estudo pela necessidade urgente de investigar temas que possam auxiliar em políticas públicas mais ajustadas à realidade de nosso Sistema de Saúde e que possam contribuir com reflexões que venham a incidir sobre a concretização da cidadania na saúde.

Sua participação consistirá no fornecimento de informações por meio de entrevistas individuais, momentos de observação e captação imagens de seu cotidiano de trabalho. Afirmando que, em nossas conversas, não existem respostas certas ou erradas, apenas gostaria que compartilhasse comigo suas experiências. Como nossas conversas poderão levar um tempo considerável, peço sua autorização para gravá-la, e assim escutá-la novamente e transcrevê-la com a maior riqueza de informações para a pesquisa.

Asseguro que, caso não queira responder alguma pergunta, sua vontade será respeitada e poderá encerrar sua participação no momento que achar necessário. Isto também se aplica às captações de imagens, se não quiseres aparecer em alguma é só me comunicar que não irá aparecer. Todas as fotografias em que estiveres aparecendo lhe serão mostradas no formato digital no telefone celular ou tablet da pesquisadora. As informações que você não queira compartilhar ao público – incluindo sua identidade, se assim desejar – por meio das técnicas de pesquisa utilizadas, serão mantidas sob sigilo.

Não há despesas pessoais para o participante em qualquer fase do estudo. Também, não há compensação financeira relacionada à sua participação. Se existir

qualquer despesa adicional, ela será absorvida pelo orçamento da pesquisa. Em função da metodologia adotada do estabelecido o período de coleta de dados no Município é entre os meses de outubro de 2016 a junho de 2017, prevê-se a realização de 2 (dois) encontros com cada participante, um para a geração dos dados e outro para mostrar as fotografias, caso elas sejam capturadas de fato.

O registro dos dados provenientes da pesquisa será mantidos sob responsabilidade da pesquisadora responsável durante um período de 5 anos, sendo destruídos após esse período. Os resultados e achados deste estudo serão utilizados para construção da Tese de Doutorado da pesquisadora, publicação de artigos científicos e apresentação em eventos acadêmicos e comunitários de interesse sobre o tema.

Esta pesquisa apresenta riscos mínimos aos participantes, não apresentando danos físicos e considerando os riscos relacionados apenas a um possível desconforto para responder as entrevistas ou participar das observações e da captação das imagens. No entanto, garante-se respeito à ocorrência destes possíveis desconfortos e diálogo para que a pesquisa ocorra nos momentos mais confortáveis e seguros para você. A pesquisadora responsável garante, ainda, a segurança e o respeito aos participantes da pesquisa, considerando seus interesses e garantindo a relevância social do estudo.

Você tem plena liberdade para retirar seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma. Optando voluntariamente por participar você receberá uma cópia deste termo contendo o telefone e o endereço institucional da pesquisadora responsável e da professora orientadora da pesquisa, bem como o contato do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade. Dessa maneira, você poderá a qualquer momento entrar em contato com a pesquisadora e esclarecer suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, ou com o Comitê de Ética para outras informações.

Assim, após leitura atenta deste documento, o pesquisador principal do estudo me ofertou uma cópia assinada deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Declaro que entendi os objetivos da pesquisa e concordo em participar dela: _____

Vilma Constancia Fioravante dos Santos

Doutoranda Pesquisadora responsável

Contato: Rua São Manoel nº 963, Bairro Rio branco, CEP: 90620-110. Porto Alegre, RS. Telefone: (51) 3308-5226 em horário comercial. Endereço eletrônico: vilmacfsantos@gmail.com

Professora orientadora Drª Tatiana Engel Gerhardt: Rua São Manoel, 963 – Campus da Saúde UFRGS– Porto Alegre/RS – Fone: (51) 33165481 (horário comercial). Endereço eletrônico: tatiana.gerhardt@ufrgs.br.

Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Contato: Avenida Paulo Gama, 110, 2º andar, CEP:90040-060. Porto Alegre, RS. Telefone: (51) 3308-3738, em horário comercial. Endereço eletrônico: etica@propesq.ufrgs.br

Anexo B – Termo De Consentimento Livre Esclarecido (TCLE) para os usuários

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO (TCLE)

Você está sendo convidado para participar da pesquisa “**O cuidado em imagens na Rede de Atenção em Saúde: o Reconhecimento na mediação**”. Trata-se de uma pesquisa de doutorado da aluna **Vilma Constancia Fioravante dos Santos**, do curso de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. O objetivo geral da pesquisa é “Analisar e compreender as ações de mediação em saúde promovidas por profissionais aos usuários residentes do rural de um Município da Região Metropolitana de Porto Alegre/RS e suas implicações para a saúde como direito de cidadania, tendo como pano de fundo os domínios positivos e negativos do Reconhecimento”. Justifica-se a realização deste estudo pela necessidade urgente de investigar temas que possam auxiliar em políticas públicas mais ajustadas à realidade de nosso Sistema de Saúde e que possam contribuir com reflexões que venham a incidir sobre a concretização da cidadania na saúde.

Sua participação consistirá no fornecimento de informações por meio de entrevistas individuais, momentos de observação e captação imagens no cotidiano do serviço de saúde de sua localidade. Afirmando que, em nossas conversas, não existem respostas certas ou erradas, apenas gostaria que compartilhasse comigo suas experiências. Como nossas conversas poderão levar um tempo considerável, peço sua autorização para gravá-la, e assim escutá-la novamente e transcrevê-la com a maior riqueza de informações para a pesquisa.

Asseguro que, caso não queira responder alguma pergunta, sua vontade será respeitada e poderá encerrar sua participação no momento que achar necessário. Isto também se aplica às captações de imagens, se não quiseres aparecer em alguma é só me comunicar que não irá aparecer. Todas as fotografias em que estiveres aparecendo lhe serão mostradas no formato digital no telefone celular ou tablet da pesquisadora. As informações que você não queira compartilhar ao público – incluindo sua identidade, se assim desejar – por meio das técnicas de pesquisa utilizadas, serão mantidas sob sigilo.

Não há despesas pessoais para o participante em qualquer fase do estudo. Também, não há compensação financeira relacionada à sua participação. Se existir qualquer despesa adicional, ela será absorvida pelo orçamento da pesquisa. Em

função da metodologia adotada do estabelecido o período de coleta de dados no Município é entre os meses de outubro de 2016 a junho de 2017, prevê-se a realização de 2 (dois) encontros com cada participante, um para a geração dos dados e outro para mostrar as fotografias, caso elas sejam capturadas de fato.

O registro dos dados provenientes da pesquisa serão mantidos sob responsabilidade da pesquisadora responsável durante um período de 5 anos, sendo destruídos após esse período.

Os resultados e achados deste estudo serão utilizados para construção da Tese de Doutorado da pesquisadora, publicação de artigos científicos e apresentação em eventos acadêmicos e comunitários de interesse sobre o tema.

Esta pesquisa apresenta riscos mínimos aos participantes, não apresentando danos físicos e considerando os riscos relacionados apenas a um possível desconforto para responder as entrevistas ou participar das observações e da captação das imagens. No entanto, garante-se respeito à ocorrência destes possíveis desconfortos e diálogo para que a pesquisa ocorra nos momentos mais confortáveis e seguros para você. A pesquisadora responsável garante, ainda, a segurança e o respeito aos participantes da pesquisa, considerando seus interesses e garantindo a relevância social do estudo.

Você tem plena liberdade para retirar seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma. Optando voluntariamente por participar você receberá uma cópia deste termo contendo o telefone e o endereço institucional da pesquisadora responsável e da professora orientadora da pesquisa, bem como o contato do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade. Dessa maneira, você poderá a qualquer momento entrar em contato com a pesquisadora e esclarecer suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, ou com o Comitê de Ética para outras informações.

Assim, após leitura atenta deste documento, o pesquisador principal do estudo me ofertou uma cópia assinada deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Declaro que entendi os objetivos da pesquisa e concordo em participar dela: _____

Vilma Constancia Fioravante dos Santos

Doutoranda Pesquisadora responsável

Contato: Rua São Manoel nº 963, Bairro Rio branco, CEP: 90620-110. Porto Alegre, RS. Telefone: (51) 3308-5226 em horário comercial. Endereço eletrônico: vilmacfsantos@gmail.com

Professora orientadora Drª Tatiana Engel Gerhardt: Rua São Manoel, 963 – Campus da Saúde UFRGS– Porto Alegre/RS – Fone: (51) 33165481 (horário comercial). Endereço eletrônico: tatiana.gerhardt@ufrgs.br.

Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Contato: Avenida Paulo Gama, 110, 2º andar, CEP:90040-060. Porto Alegre, RS. Telefone: (51) 3308-3738, em horário comercial. Endereço eletrônico: etica@propesq.ufrgs.br