



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO TOCANTINS
CÂMPUS UNIVERSITÁRIO DE ARAGUAÍNA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO INTERDISCIPLINAR EM
ESTUDOS DE CULTURA E TERRITÓRIO (PPGCult)**

VINICIUS HUMBERTO MARGARIDA

**O TERRITÓRIO DA SAÚDE PÚBLICA: espaço, sujeitos e sentido em uma
Unidade Básica de Saúde em Araguaína-TO**

**ARAGUAÍNA-TO
2018**

VINICIUS HUMBERTO MARGARIDA

**O TERRITÓRIO DA SAÚDE PÚBLICA: espaço, sujeitos e sentido em uma
Unidade Básica de Saúde em Araguaína-TO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Estudos de Cultura e Território como requisito parcial à obtenção do grau de Mestre em Estudos de Cultura e Território.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Luiza Helena Oliveira da Silva

ARAGUAÍNA-TO
2018

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
Sistema de Bibliotecas da Universidade Federal do Tocantins

M327t Margarida, Vinicius Humberto.
O TERRITÓRIO DA SAÚDE PÚBLICA:: ESPAÇO, SUJEITOS E SENTIDO EM UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE EM ARAGUAÍNA-TO . / Vinicius Humberto Margarida. – Araguaína, TO, 2018.
113 f.
Dissertação (Mestrado Acadêmico) - Universidade Federal do Tocantins – Câmpus Universitário de Araguaína - Curso de Pós-Graduação (Mestrado) em Estudo de Cultura e Território, 2018.
Orientadora : Luiza Helena Oliveira Da Silva
1. Saúde Pública. 2. Unidade Básica de Saúde. 3. Semiótica. 4. Território. I.
Título

CDD 306

TODOS OS DIREITOS RESERVADOS – A reprodução total ou parcial, de qualquer forma ou por qualquer meio deste documento é autorizado desde que citada a fonte. A violação dos direitos do autor (Lei nº 9.610/98) é crime estabelecido pelo artigo 184 do Código Penal.

Elaborado pelo sistema de geração automática de ficha catalográfica da UFT com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

VINICIUS HUMBERTO MARGARIDA

O TERRITÓRIO DA SAÚDE PÚBLICA: espaço, sujeitos e sentido em uma Unidade Básica de Saúde em Araguaína-TO

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Estudos de Cultura e Território. Foi avaliada para a obtenção do título de Mestre em Estudos de Cultura e Território, e aprovada em sua forma final pela Orientadora e pela Banca Examinadora.

Data de aprovação 27 / 09 / 2018

Banca Examinadora:



Prof.ª Dr.ª Luiza Helena Oliveira. Orientadora, UFT



Prof. Dr. Elias da Silva. Examinador, UFT



Prof. Dr. Ricardo Junior de Assis Fernandes Gonçalves. Examinador, UEG



Prof. Dr. Márcio Araújo de Melo. Examinador suplente, UFT

À minha bela esposa, Aliny.

AGRADECIMENTOS

Agradeço, primeiramente, à minha mãe, Maria de Lourdes Margarida, pelo grande incentivo ao estudo e, principalmente, por ter me sustentado até os dias em que pude andar com minhas próprias pernas (e mais). Além disso, por ser compreensiva com minhas faltas, quando precisei me concentrar no labor acadêmico.

Agradeço muito à Prof.^a Dr.^a Luiza Helena Oliveira da Silva, pela paciência em orientar um aluno que é um pouco lerdo para entender as solicitações de uma orientadora que sempre enxerga mais longe. Agradeço pelo tempo investido nas orientações (principalmente as orientações fora de hora).

Agradeço também à segunda pessoa que mais contribuiu para a construção dessa dissertação, minha esposa, Aliny Sousa Mendes Margarida, que me ajudou sendo a melhor companheira possível: compreendendo meus horários noturnos de estudo, entendendo minhas faltas nos almoços de família, e compreendendo os motivos de minha ausência em momentos importantes. Agradeço de forma especial às contribuições diretas à dissertação, correções, comentários e ideias, tudo na hora que eu precisei.

Agradeço à comunidade católica São Raimundo Nonato nas pessoas de Iracema e Fabiana, pelo intermédio para a realização de algumas entrevistas.

Agradeço também aos meus amigos, Welison Portugal, Robson Francisco e Reges Sodré, pela boa conversa de sempre, das quais tirei muita inspiração para escrever as ideias contidas nessa dissertação.

Agradeço também ao corpo docente do PPGCult, principalmente aos professores doutores Antunes, Dagmar, Plábio, Jean e, em especial, ao Prof. Dr. Elias, que sempre teve uma palavra de incentivo nas horas certas. Agradeço também à Adriana, secretária do PPGCult, pela paciência com um aluno sempre distraído com a parte burocrática.

Por fim, à Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), pelo consentimento da bolsa durante o período de realização da pesquisa, e ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), pelo fomento a esta pesquisa científica.

Esse espaço-abismo que está lá, esse “Vazio” no qual estamos fisicamente e “metafisicamente” presentes, é tão simplesmente aquele de nosso estar lá, no mundo — ao mundo, se for permitido dizer. Será que não somos suficientemente poetas para dizê-lo? Não suficientemente sábios para aceitar que estamos “nele”? Ou simplesmente ocupados demais por outras formas de espacialidade, convencionais (essas “espinhas constantes”) ou operacionais (esses “dias a conta-gotas”), para nos apercebermos que entre todos os espaços, é o único no qual não foi nossa escolha estar alojados, e o único do qual não podemos nos subtrair?

Eric Landowski

RESUMO

O presente trabalho visa analisar como os problemas da saúde pública se apresentam aos usuários e trabalhadores/funcionários de uma Unidade Básica de Saúde (UBS) através de uma leitura do espaço da UBS. Buscamos também analisar como os problemas da saúde pública se apresentam nas narrativas dos usuários e dos trabalhadores/funcionários. Para alcançar tais objetivos, foi realizada uma análise de campo durante duas semanas na UBS, para a qual mobilizamos as teorias acerca do sistema territorial (RAFFESTIN, 2011, 1993) e do *topos* (HAMMAD, 2016) para compreender a função e a interação (LANDOWSKI, 2014) imanente aos setores do espaço da UBS, e, em um segundo momento, foram feitas entrevistas com os usuários e trabalhadores/funcionários da UBS. Para analisar tais entrevistas, utilizou-se o percurso gerativo de sentido da semiótica greimasiana, e, mais especificamente, o percurso narrativo (FIORIN, 2016; BARROS, 2005) com alguns elementos da sociossemiótica (LANDOWSKI, 2014). Assim, metodologicamente, foram utilizados os estudos do território (RAFFESTIN, 2011, 1993; SAQUET, 2010, 2011,), da semiótica greimasiana com (FIORIN 2016; BARROS, 2005), da sociossemiótica de Landowski (2014), e da semiótica do espaço (HAMMAD, 2016). A pesquisa mostrou que existe uma diferenciação espacial dos conflitos gerados pela interação entre os usuários e os trabalhadores/funcionários, onde os espaços ocupados por sujeitos com mais capital intelectual são espaços mais distanciados dos conflitos, e os espaços marcados por mais interações polêmicas é o que nós designamos *sistema da prevenção* e recepção. Com as análises das narrativas, concluímos que o acesso ao território desejado pelos usuários é feito de forma diversificada, e que, no caso do usuário que não se encaixa nas definições de prioridade do SUS, o acesso normalmente é marcado por um excesso de programas narrativos de competência (onde o sujeito deve esperar para receber de outrem objetos modais ou objetos de desejo), e às vezes sendo negadas as condições de sujeitos, levando-os à passividade ou ao conflito, negando, assim, a participação dos sujeitos na construção do território. Outra problemática construída pelos entrevistados é o monopólio da posição actancial de destinador por parte dos profissionais da saúde, monopolizando o acesso a serviços de saúde especializados. As narrações dos sujeitos trabalhadores/funcionários foram separadas por suas posições na estrutura da UBS, assim, de um lado estão os que detêm o primeiro contato com os usuários, dentre eles um dos principais elementos relatados é a precarização de seus postos de trabalho e a violência sofrida na relação direta com os usuários que, por sua vez, culpam os trabalhadores/funcionários pela falta do acesso (evidenciando a importância do controle social¹); e, por outro lado, os trabalhadores/funcionários que detêm um contato posterior com o usuário, por terem menos relações conflituosas em sua experiência de trabalho, culpam instâncias de poder mais altas pelas dificuldades como a falta de material de trabalho e problemas de gestão, tanto na esfera municipal quando na própria UBS.

Palavras-chave: Problemática da saúde pública. Território. Semiótica. Unidade Básica de Saúde.

¹ Controle social: participação social

ABSTRACT

This paper aims to analyze how public health problems are presented to the users and workers / employees of a Basic Health Unit (UBS) through a reading of the UBS space. We also sought to analyze how public health problems are presented in the narratives of users and workers / employees. To achieve these objectives, a field analysis was carried out for two weeks at UBS, for which we mobilized theories about the territorial system (RAFFESTIN, 2011, 1993) and topos (HAMMAD, 2016) to understand the function and interaction (LANDOWSKI, 2014) that was immanent in the UBS space sectors, and, in a second moment, interviews were made with users and employees / employees of UBS. In order to analyze such interviews, we used the generative path of meaning of greimasian semiotics, and more specifically, the narrative course (FIORIN, 2016; BARROS, 2005) with some elements of the socio-demiotic (LANDOWSKI, 2014). Thus, methodologically, we used the field studies (RAFFESTIN, 2011, 1993; SAQUET, 2010, 2011), of greimasian semiotics with (FIORIN 2016; BARROS 2005), the partneriosemiotic of Landowski (2014), and space semiotics (HAMMAD, 2016). The research showed that there is a spatial differentiation of the conflicts generated by the interaction between the users and the workers / employees, where the spaces occupied by subjects with more intellectual capital are spaces more distanced from the conflicts, and the spaces marked by more controversial interactions is what we designate prevention and reception system. With the analysis of the narratives, we conclude that access to the territory desired by the users is done in a diversified way, and that, in the case of the user that does not fit the SUS priority definitions, access is usually marked by an excess of narrative programs (where the subject must wait to receive modal objects or objects of desire from others), and sometimes being denied the conditions of subjects, leading them to passivity or conflict, thus denying the participation of subjects in the construction of the territory. Another problem built by the interviewees is the monopoly of the actancial position of the destination by the health professionals, monopolizing the access to specialized health services. The narratives of the workers / employees subjects were separated by their positions in the structure of the UBS, so, on one side are those who have the first contact with the users, among them one of the main elements reported is the precariousness of their jobs and the violence suffered in the direct relationship with users who, in turn, blame workers / employees for lack of access (evidencing the importance of social control); and, on the other hand, workers / employees who have later contact with the user, because they have less conflictive relationships in their work experience, have blamed higher instances of power for the difficulties such as lack of work material and management problems, both at the municipal level and at UBS itself.

Keywords: Problems of public health. Territory. Semiotics. Basic health Unit.

LISTA DE ILUSTRAÇÃO

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Construção de Coletor de Esgotos em Santos (São Paulo).....	36
Figura 2 – Níveis de mortalidade e morbidade das doenças do aparelho circulatório entre os municípios de Araguaína-TO e São Paulo-SP.....	53
Figura 4 – Localização da Unidade Básica de Saúde do setor Araguaína Sul.....	55
Figura 5 – Vista da Unidade Básica de Saúde pesquisada	56
Figura 6 – Croqui dos Sistemas da Prevenção e da Doença.....	66
Figura 7 – Elementos Simbólicos no Espaço; Iluminação e temperatura	67
Figura 8 – Representação das práticas sucessivas empreendidas pelo usuário da UBS até o consultório	69
Figura 9 – Gradações relativas a tensões nas interações entre sujeitos usuários e trabalhadores/funcionários.....	75
Figura 10 – Cartaz de combate à dengue 1	87
Figura 11 – Cartaz de combate à dengue 2	87

LISTA DE MAPAS

Mapa 1 - Localização da UBS pesquisada na cidade de Araguaína.....	51
---	----

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Nome Fictício das usuárias entrevistadas	77
Quadro 2 - Nome fictício das trabalhadoras/funcionários da UBS entrevistadas	77

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Coeficiente de mortalidade para algumas causas selecionadas (por 10.000 habitantes).....	54
Tabela 2 - Frequência de usuários do gênero masculino na UBS	78
Tabela 3 -Frequência de usuários do gênero feminino na UBS	78

Tabela 4- Taxa de mortalidade (óbitos por mil habitantes) geral entre homens e mulheres de 20 a 59 anos de idade, segundo faixa etária	79
Tabela 5- Percepção dos colaboradores quanto à dependência do SUS.....	97
Tabela 6- Percepção dos colaboradores quanto à dependência da Unidade Básica de Saúde	99

LISTA DE SIGLAS

ABRASCO	Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
CEBES	Centro Brasileiro de Estudos em Saúde
DNSP	Departamento Nacional de Saúde Pública
IBGE	Instituto brasileiro de Geografia e Estatística
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
PSF	Programa de Saúde da Família
SUDS	Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	13
Uma visão sobre o trabalho	14
 CAPÍTULO I	 16
1. SOBRE OS HOSPITAIS E A CONSTITUIÇÃO DOS SUJEITOS DA SAÚDE E DA DOENÇA.....	16
1.1 Um percurso interdisciplinar.....	16
1.1.1 Objetivos.....	17
1.1.2 A construção do objeto, a construção do sentido	18
1.1.3 A interdisciplinaridade como orientação de pesquisa	20
1.2 Aspectos históricos.....	22
1.2.1 O hospital enquanto dispositivo do poder disciplinar médico.....	23
1.2.2 Embate pela definição da medicina e os pobres enquanto recurso.....	26
1.2.3 O nascimento da medicina social	27
1.3 Saúde pública no Brasil e o Sertão enquanto recurso	31
1.4 O sanitarismo brasileiro na virada do século XX.....	33
1.5 A Restauração no Rio de Janeiro nos primeiros anos do século XX	36
1.6 Os sertões e a doença de Chagas	39
1.7 As campanhas de saúde pública, as caixas previdenciárias e a era Vargas	41
1.8 Saúde nos anos da ditadura militar	45
1.9 A reestruturação dos serviços de saúde e da Unidade Básica de Saúde	48
 CAPÍTULO II.....	 51
2. TERRITÓRIO E O TOPOS DA UBS	51
2.1 Mortalidade e morbidade no Brasil.....	52
2.2 O território da UBS	54
2.3 Lugar, topos e sentido	58
2.4 Territórios e regimes de interação	60
2.5 Sociosemiótica e os estudos do espaço e do território	61
2.6 Do espaço programado.....	65
2.7 Sintaxe da doença	70
2.8 Sintaxe da Prevenção	73

CAPÍTULO III	77
3. A NARRAÇÃO ENQUANTO REFLEXÃO SOBRE A TERRITORIALIDADE	77
3.1 Territorialidade e Representação.....	79
3.2 A ampliação da semiótica através da análise do plano da expressão	82
3.2.1 Das dificuldades em tomar território como semiótica-objeto	83
3.2.2 A semiótica e o percurso gerativo de sentido	85
3.3 O percurso do acesso dificultado.....	88
3.4 Percurso do acesso facilitado	95
3.5 Territorialidade e a problemática dos usuários.....	97
3.6 O controle e a contenção do território	100
3.7 Interações e conflitos: a perspectiva dos funcionários da UBS	101
3.8 Das dificuldades do trabalho no campo da saúde pública	104
 CONCLUSÃO.....	 107
 REFERÊNCIAS	 109
 ANEXOS	 114
Anexo 1	114

INTRODUÇÃO

O presente trabalho objetiva analisar narrativas sobre os problemas da saúde pública em uma Unidade Básica de Saúde (UBS) do bairro Araguaína Sul da cidade de Araguaína (norte do Tocantins) sob a perspectiva dos trabalhadores/funcionários (médicos, enfermeiros, gestores etc.) e dos usuários. Consequentemente, pretendemos analisar como aparecem os problemas da saúde pública em suas narrativas, e as interações que se estabelecem entre os atores nesse espaço específico. Tal iniciativa se deu pela nossa atitude de compreender o problema de forma complexa, ou seja, relacionado a partir da experiência dos sujeitos, inscritos em diferentes instâncias de poder.

O contexto da UBS em questão é propício para a construção de um problema de pesquisa por sua atual configuração territorial, haja vista que apenas ela é responsável pelo atendimento de um terço da população da cidade (que dispõe de 19 UBS²). Outro dado que guia nossa pesquisa é a necessidade de trazer elementos que possam contribuir para a compreensão dos problemas da saúde pública, dirigidos pelas perspectivas de vida dos trabalhadores/funcionários que representam a massa de usuários do sistema público de saúde.

Dessa forma, nossa pesquisa se une ao esforço de outros pesquisadores na construção de trabalhos que levem em consideração o lugar e o território, os estudos sobre o Sistema Único de Saúde (SUS) e, principalmente, a experiência social dos sujeitos, ampliando assim a compreensão de uma problemática complexa que, às vezes, é reduzida ou simplificada por representações que já chegam ao pesquisador carregadas de sentidos já naturalizados.

Outro assunto carregado de sentidos construídos historicamente são as concepções de saúde e de doença. Quando nos referimos a saúde-doença no presente trabalho, queremos desdobrar essa questão. O primeiro é: a) nos afastarmos das concepções derivadas da biomedicina (da época clássica), que entendem o corpo do homem como uma máquina e a doença como um defeito (CRUZ, 2012). Acreditamos em um conceito de saúde mais amplo, que aglutine mais aspectos do que apenas o aspecto apontado pelo campo médico, um conceito que agregue aspectos sociais, econômicos e ambientais.

Contudo, nesses modelos, o fator cultural aparece de uma forma pejorativa, “tematizado” como credulidade, ignorância, dentre outros, demonstrando um posicionamento derivado do iluminismo, tanto em seu aspecto racional, mas também em seu aspecto hierarquizado e eurocêntrico, posicionamentos que ignoram o rico tecido de significados que

² Dado disponível em: <http://www.araguaina.to.gov.br/portal/paginas.php?p=not¬=noticias&id=1286>.

advém das tradições, lugar de onde a medicina formalizada retirou muito de seus avanços, como o caso do Quinino, que citamos mais à frente.

No tocante a esse alargamento da concepção de saúde, podemos entrar nas discussões do segundo ponto: b) a consequência de se ter uma concepção larga sobre saúde pública levando em conta a necessidade de se utilizar concepções de território e de territorialidade.

A saúde-doença é tomada como um contínuo no qual, em um extremo, temos uma saúde perfeita e, no outro, temos doença absoluta (os dois casos são difíceis de se encontrar no Brasil, sendo o primeiro o mais raro). Então, os requisitos para se estar mais do lado da saúde do que da doença, tendo a constituição como princípio, são multidimensionais e bem detalhados, versando sobre o mundo do trabalho, mobilidade urbana, “acesso a bens essenciais” e também sobre o lazer, ou seja, para se alcançar saúde, é necessário pensar o indivíduo no espaço e no tempo. Sobre os aspectos que estão ao alcance do setor da saúde pública, a maior parte dos serviços para se obter níveis aceitáveis de saúde é ofertada pela atenção básica, através da Estratégia Saúde da Família (ESF) que utiliza concepções de território para organizar e planejar suas ações (explicaremos o funcionamento da estratégia no capítulo 2, a territorialidade, enquanto viver-se o território será um desdobramento que faremos também no capítulo 2). O processo saúde-doença na realidade observável é multidimensional, e, do ponto de vista do conhecimento, é interdisciplinar.

Uma visão sobre o trabalho

Essa dissertação está dividida, em três capítulos. Apresentamos no capítulo I, *Sobre os hospitais e a constituição dos sujeitos da saúde e da doença*, algumas pinceladas sobre a constituição metodológica que permeou a construção do trabalho e, logo após, nos aprofundamos em uma contextualização histórica em Foucault (1979; 1997; 2008; 2009; 2014), pensando em como nasceu a medicina como instituição moderna, balizados pelos conflitos entre sujeitos e instituições (“práticos”, “faculdades de medicina”, dentre outros) que competiam pela legitimação de um Estado que nascia na revolução francesa.

Visitamos algumas obras de Foucault para tentar compreender como nasceu o sujeito da saúde, que é uma subdivisão do que é o homem moderno; posteriormente falamos sobre o sanitarismo brasileiro no século XX tentando demonstrar como o sanitarismo brasileiro significou um embate em torno de certas posições na estrutura social, por sujeitos como Arthur Neiva e Belisário Penna, além de tentarmos demonstrar como esses sujeitos do

sanitarismo se relacionaram com os sertanejos do sertão, o que isso significou em termos de apropriação das categorias e visão de mundo sertaneja. Continuamos nosso comentário acerca dos embates do sanitarismo, suas transformações e sua importância na abertura democrática na discussão do que veio a se tornar o Sistema Único de Saúde (SUS).

No capítulo II, *Território e o topos da UBS*, produzimos uma discussão sobre os conflitos diários de uma UBS à luz da construção histórica produzida no capítulo I. O território apareceu como aspecto teórico-metodológico importante por englobar aspectos do poder e a da cultura, juntamente com o conceito de topos que nos possibilitou apreender o fazer cotidiano do trabalho e do atendimento na UBS, e dos programas de interação (sociosemiótica).

Dessa forma, conseguimos “mapear” as zonas de maior conflito da UBS e as zonas onde os conflitos não aconteciam, além de perceber a sobreposição entre o território e a estrutura de poder e de privilégios (campo), continuidades e descontinuidades dos modelos de saúde propostos por Foucault que exploramos no capítulo I.

No capítulo III, *A narração enquanto reflexão sobre a territorialidade*, produzimos uma pesquisa estatística na Universidade Federal do Tocantins (UFT) a fim de compreender como os alunos das licenciaturas compreendiam os problemas da saúde pública e constatamos a insatisfação com os serviços prestados, contudo, percebemos também como os alunos não se imaginam fora do SUS e como, mesmo com problemas, aparentam não abrir mão dos serviços. Mais à frente, utilizamos a semiótica de linha francesa para entender como os usuários da UBS representavam os problemas da saúde pública.

CAPÍTULO I

1. SOBRE OS HOSPITAIS E A CONSTITUIÇÃO DOS SUJEITOS DA SAÚDE E DA DOENÇA

1.1 Um percurso interdisciplinar

Esta pesquisa, do ponto de vista metodológico, trata da construção de um objeto: a representação do problema da saúde pública no território de uma Unidade Básica de Saúde. Construir um objeto de estudo pressupõe problemáticas, hipóteses, teorias, métodos, dentre outros elementos, os quais atravessarão todo trabalho.

Problematizamos, primeiramente, os fundamentos de interdisciplinaridade aqui constituída entre os estudos do território e da semiótica, buscando explicitar em que sentido esses estudos dialogam para a compreensão da representação dos problemas da saúde pública produzida pelos trabalhadores/funcionários da UBS e pelos seus usuários, conforme traduzidas em seus depoimentos.

Ao lado da fala, da narrativa e do exercício de rememoração (que analisaremos no terceiro capítulo) realizadas pelos sujeitos da pesquisa, encontram-se nossas próprias impressões, resultantes das anotações registradas em diário de campo, a partir das observações sobre o modo de funcionamento desse território específico, as dinâmicas de sua organização e ocupação, as relações de poder, movimento e interdição. Por isso, no capítulo 2, trataremos as considerações a respeito das observações do lócus de pesquisa, a UBS, mobilizando as categorias de território, de *topos*, e de regimes de interação, caracterizando-o por elementos visuais, interacionais e espaciais que podem escapar não ao corpo dos sujeitos que a percebem, mas à sua compreensão, como fazendo sentido:

(...) uma sensibilidade no sentido mais usual do termo: a sensibilidade perceptiva que nos permite não apenas experimentar pelos sentidos as variações perceptíveis do mundo exterior (ligadas a presença de outros corpos-sujeito ou aos elementos do mundo-objeto) e de sentir as modulações internas que afetam os estados do corpo próprio, mas também interpretar o conjunto dessas soluções de continuidade em termos de sensações diferenciadas que fazem por isso mesmas sentido (LANDOWSKI, 2014, p. 52).

Dessa forma, tanto as narrativas orais quanto o território e o *topos* são, para nós, possibilidades para compreender o sentido das práticas dos sujeitos e, assim, ajudar-nos a melhor entender as representações que os sujeitos sustentam sobre os problemas da saúde pública.

Algumas perguntas orientaram metodologicamente a presente pesquisa, a saber: Como podemos garantir a validade de nosso trabalho? Quais critérios poderiam garantir o rigor e o aprofundamento do objeto em questão? As respostas nos vieram de autores como Bourdieu (2004), Bruyne (1982) e Laville e Dionne (1999), que nos demonstram que a construção do objeto de pesquisa é inseparável da teoria que lhe dá base, incidindo sobre a própria elaboração da problemática e hipóteses iniciais. Dessa forma, a pergunta que guiou nossa pesquisa foi: Qual é a representação dos problemas da saúde pública pelos sujeitos que dela se utilizam ou que nela atuam como profissionais?

A metodologia de análise utilizada nessa pesquisa é de caráter interdisciplinar, e se fundamenta nos estudos do território (HAESBAERT, 2004; RAFFESTIN, 2011; SAQUET, 2010, 2011), da semiótica do espaço (HAMMAD, 2017; FONTANILLE, 2014; LANDOWSKI, 2015) e da sociosemiótica (LANDOWSKI, 2014a, 2014b, 2015) que se inserem no âmbito mais geral de uma teoria do sentido, a semiótica discursiva (GREIMAS, 1975).

Os dados gerados e analisados foram:

- a) observações da UBS em funcionamento realizadas pelo pesquisador no segundo semestre de 2017, com interações breves com usuários à espera de atendimento e seus registros em diário de campo;
- b) questionário (Anexo I) aplicado a usuários da UBS em abril de 2018. A partir da análise dos dados gerados pelo questionário, foram definidos os sujeitos entrevistados. O número de questionários analisados foi determinado pelo interesse dos sujeitos em participar da pesquisa;
- c) depoimentos gerados através de entrevista semiestruturada feita aos trabalhadores/funcionários, gestores e usuários da UBS.

1.1.1 Objetivos

Definimos como objetivo geral de investigação analisar como os sujeitos sociais que disputam os territórios de uma Unidade Básica de Saúde (UBS) representaram o problema da saúde pública, buscando a escuta das impressões desses sujeitos a partir das dinâmicas interacionais, pressupondo tanto relações contratuais quanto polêmicas, assimetrias de poder definidas por diferentes estatutos e papéis actanciais (médico versus paciente; usuário versus trabalhadores/funcionários da UBS em diferentes funções e postos de atendimento devidamente circunscritos a uma dada atuação) e identitários.

Para atender a esse objetivo geral, definimos os seguintes objetivos específicos:

- Descrever e analisar as representações dos agentes que compõem o território da Unidade Básica de Saúde sobre o problema da saúde pública;
- Analisar estratégias utilizadas nas lutas simbólicas, pressupondo a ocorrência da violência simbólica em um espaço onde o discurso que se inscreve é o da humanização;
- Compreender o sentido que os sujeitos produzem em seus relatos quanto às interações com o outro, sejam com outros sujeitos ou com o próprio espaço da UBS;
- Compreender as dinâmicas territoriais das práticas de trabalho e de uso de uma UBS.

1.1.2 A construção do objeto, a construção do sentido

Partimos do pressuposto de que o processo de construção (BRUYNE, 1982) do objeto de pesquisa se diferencia dos objetos criados pelas pré-noções indicadas por Bourdieu (2004) – empirismo ingênuo que classifica o mundo pela linguagem cotidiana, sem as críticas e o rigor acerca da criação dos mesmos objetos. O objeto construído diferencia-se também de um “objeto real”, ambicionado por algumas pesquisas de cunho neopositivista, que tentam encontrar, no dado, a realidade aprisionada pela técnica. Nossa pesquisa se caracteriza como de cunho qualitativo (e quantitativo tendo em vista que trabalhamos amostra no capítulo III), conforme expresso por (FLICK, 2009) ao problematizar a geração de dados em pesquisas qualitativas: “Nesse processo, o texto é substituído pela realidade que é estudada. Assim que o pesquisador houver reunido os dados e os tiver transformado em texto é utilizado como substituto para a realidade em estudo no processo posterior” (FLICK, 2009, p. 84). Conforme o autor, o pesquisador, quando textualiza suas impressões, ou quando capta um áudio narrativo ou ainda transcreve uma entrevista, sempre se relaciona com o mundo através de representações e não com o mundo em si, como o seria numa perspectiva cartesiana de apreensão do real. Sobre essa questão, Bourdieu (2004) relaciona a produção dos dados, e mesmo da pesquisa, à teoria e à problemática que lhe dá base:

(...) Uma vez abandonada a teoria que os reunia, os fatos de totemismo voltam ao estado de poeira de dados de onde tinham sido tirados, durante algum tempo, por uma teoria e de onde poderiam ser tirados por outra teoria com a condição de lhes conferir outro sentido. (...) Basta ter tentado uma vez submeter à análise secundária o material coletado em função de outra problemática, por mais neutra que esta possa ser na aparência, para saber o que os dados mais ricos nunca estariam em condições de responder completa e adequadamente a questões para as quais e pelas quais não foram construídos (BOURDIEU, 2004, p. 49).

Alinhados às indicações de Bourdieu, nosso objeto se estrutura como análise de narrativas sobre os problemas da saúde pública. Em outras palavras, buscamos compreender como os sujeitos investidos por um papel temático e influenciados por suas posições no espaço e suas estratégias interacionais, construíram narrativas sobre (categorias da semiótica discursiva) os problemas da saúde pública em um território específico, o da UBS. Os depoimentos não trarão, portanto, o real, mas o modo como esse real se constrói pela linguagem, mediante as experiências dos sujeitos, o que implica considerar a dimensão ideológica e os interesses envolvidos na produção de sentidos para o território.

Outro componente de nosso objeto é a problemática que envolve sujeitos trabalhadores/funcionários da UBS e sujeitos usuários dos serviços públicos de saúde. Sobre problemática, Laville e Dionne (1999) ponderam:

Um problema de pesquisa não é, portanto, um problema que se pode ‘resolver’ pela intuição, pela tradição, pelo senso comum ou até pela simples especulação. Um problema de pesquisa supõe que informações complementares podem ser obtidas a fim de cercá-lo, compreendê-lo, resolvê-lo ou eventualmente contribuir para a sua resolução. (...) Finalmente, um problema não merece uma pesquisa se não for um ‘verdadeiro’ problema – um problema cuja compreensão forneça novos conhecimentos para o tratamento de questões a ele relacionadas (LAVILLE e DIONNE, p. 88).

Levando em consideração as ponderações de Laville e Dionne (1999), tratamos a problemática de forma a cercá-la com ferramentas úteis à pesquisa. Dessa forma, nosso objeto foi construído interdisciplinarmente entre teorias que nos possibilitaram representar os problemas da saúde pública, através de narrativas orais, para isso usando a semiótica discursiva, e uma teoria acerca do território que nos deu base para compreender melhor a ação e a representação feita pelos sujeitos, ainda que considerando que a produção de sentidos para o território também se constrói como uma questão de interesse da semiótica (LANDOWSKI, 2015; HAMMAD et al., 2017).

Assim, partimos não apenas do texto oral, partimos também da prática social para tentar entender o que possibilita aos sujeitos representarem os problemas. Queremos entender o lugar de onde emana esses discursos, onde os sujeitos organizam seu trabalho e onde circulam e convivem em busca de atendimento de saúde para, então, compreendê-los melhor.

Por isso, utilizaremos como aporte as teorias dos estudos do território, em suas escalas diferenciadas e multidimensionalidade, além de elementos da sociosemiótica de Landowski (2015), seus regimes de espaço (2015), e aspectos metodológicos de Manar Hammad et al. (2017), acerca do *topos* e a significação dos espaços.

1.1.3 A interdisciplinaridade como orientação de pesquisa

A interdisciplinaridade é assumida por nós como necessidade de construção de um objeto complexo em função dos limites que implicariam um viés disciplinar. Um objeto, visto como coisa dada no mundo material, quando representado e reconstruído como objeto do conhecimento, passa a não ser mais o objeto do mundo material observado, mas sim uma representação desse objeto, como observamos em Bourdieu (2004). Porém, a fragilidade das representações vai mais além: quando observamos um objeto, “enxergamos”, compreendemos, apenas o que nossas categorias de percepção possibilitam que enxerguemos.

Foi o que aconteceu no caso apresentado por Marshall em *Ilhas de História*, quando o autor estudava os primeiros contatos dos havaianos com os europeus. Segundo Marshall (1987), os havaianos, quando enxergaram pela primeira vez os navios europeus, entenderam que os barcos vinham do céu (por simplesmente aparecerem na linha do horizonte), e que seus tripulantes fossem seus deuses. Os havaianos interpretaram o mundo através de suas categorias de percepção pré-existentes, e depois, com o tempo e com a interação constante, tais categorias foram modificando-se e se dessacralizando-se. A essa mutação e transformação de categorias, Marshall chamou de *estrutura na convergência*.

Assim, aprendendo com o caso de Marshall (1987), optamos por categorias de análises que são, em seu âmago, interdisciplinares, pois possibilitam um olhar por mais dimensões, como a categoria de *território* trabalhada nas ciências sociais e filosofia, e a categoria de *interação* da sociosemiótica. A opção da categoria de território justifica-se por ser multidimensional e trans-escalar, e a categoria de interação, por complexificar nossas análises. Esperamos, assim, melhor enxergar e representar nosso objeto de forma íntegra.

Haesbaert (2012), a fim de refutar a ideia de que a des-territorialização possa existir, apresenta-nos as dimensões de territórios que existem por trás dessas afirmações de des-territorialização: dimensão e abordagens naturalista, de base econômica, jurídico-política, cultural, dentre outras. O autor ainda apresenta-nos a perspectiva relacional, que engloba Raffestin, que, por sua vez, trabalha em uma perspectiva – que Haesbaert chega a citar –

semiológica. Exemplificaremos de forma simples a multiplicidade de sentidos possíveis através das abordagens e temas da categoria território.

O território é visto através da abordagem naturalista, abordagem mais clássica, do século XIX. Os geógrafos tentaram entender o mundo como um todo orgânico, desde as camadas internas de nosso planeta ao entendimento do mundo animal e da sociedade. Contudo, há uma abordagem mais recente que vê o mundo através da ecologia e da defesa do meio ambiente. Em sua abordagem jurídico-política, que entende o mundo através das fronteiras, do Estado e da estratégia estatal, o território é uma categoria da guerra, da hegemonia e das relações internacionais.

Em sua abordagem material e econômica, foi fortemente inspirado pela visão marxista de ver o mundo, através da ideia de entender a sociedade em classes, por meio da exploração da mais-valia, e entender a globalização através da investida do capital. Em uma perspectiva dita por Haesbaert (2012) como idealista, a abordagem da cultura prioriza as análises de festas e manifestações culturais, tendo a cultura como bem material e imaterial das sociedades, e, por outro lado, há a perspectiva simbólica que entende a cultura como teias significantes que dão significado às nossas práticas.

Portanto, entendemos o território como o fez Ferreira et al. (2013) que desenvolveu sua pesquisa compreendendo o hospital como um espaço de sobreposição de interesse e que enxergou no território uma possibilidade de se entender esse espaço complexo, por ter em sua epistemologia contribuições não só da Geografia, mas também das áreas da saúde e Filosofia. Por esse motivo, o autor afirma que o território é uma categoria interdisciplinar.

Porém, acreditando ser insuficiente o olhar disciplinar, propomo-nos tentar a clivagem de Pombo (2003) que considera multidisciplinaridade, interdisciplinaridade e transdisciplinaridade como um *continuum*. Nas palavras da autora,

A ideia é a de que as tais três palavras, todas da mesma família, devem ser pensadas num continuum que vai da coordenação à combinação e desta à fusão. Se juntarmos a esta continuidade de forma um *crescendum* de intensidade, teremos qualquer coisa deste género: do paralelismo pluridisciplinar ao perspectivismo e convergência interdisciplinar e, desta, ao holismo e unificação transdisciplinar. (POMBO, 2003, p. 14, grifo da autora).

A disciplinaridade, dessa forma, seria a não interação de disciplinas, apenas um olhar sobre um objeto; a interdisciplinaridade, por sua vez, a interação entre categorias de disciplinas, e a alternância no uso dessas categorias a fim de melhor entender esse objeto; e a transdisciplinaridade, a combinação de categorias de duas disciplinas ou mais.

Dessa forma, trabalhamos com as categorias e conceitos ligadas ao território e à sociossemiótica em nosso trabalho e, paulatinamente, caminhamos no sentido de uma interdisciplinaridade, ou seja, usamos a interação e a alternância entre as categorias dos estudos do território e da sociossemiótica.

A nosso ver, existe em comum nos estudos de Raffestin e de Landowski a necessidade de se entender uma sintaxe, uma estrutura para melhor compreender, respectivamente, os sentidos nas construções territoriais e nas interações sociais. Propomos, em nosso trabalho, que a construção do território pressupõe não apenas relações, mas também interações, já que, para a construção das malhas, dos nós e das redes territoriais, pressupõe-se relações que, percebendo-se de forma mais aproximada, são programadas, quando previsíveis, e contínuas, ou, de forma contrária, são rompimentos de interações. Por outro lado, há o que a sociossemiótica chama de manipulação, que seria fazer o outro fazer alguma coisa, portanto, é a base de negociações que se desdobram em projetos também espaciais, e o ajustamento, componente das interações que formam o que Raffestin chama de região, o ajustamento entre grupos sociais e espaços, a região de grupos tradicionais, dos povos indígenas, dos grupos de lutas raciais etc.

Quando afirmamos que nossa pesquisa é interdisciplinar desde o princípio, e partindo de Pombo (2003, p. 14), é porque interpretamos as teorias e metodologias como possíveis de se complementarem e, por isso, iluminarem nosso objeto por muitos ângulos diferentes.

1.2 Aspectos históricos

Inicialmente, buscamos compreender como nos tornamos sujeitos da saúde, ou melhor dizendo, como fomos construídos enquanto sujeitos submetidos aos domínios do campo médico. Assim, interessamo-nos por entender até que ponto nos tornamos dependentes da medicina e até que ponto praticamos resistência a esse poder. Para concluir esse primeiro objetivo faremos uma revisão dos principais textos de Foucault que versam sobre a constituição da medicina social, do hospital e das ideologias por trás dessa cristalização de pensamento na Europa, com suas repercussões no Brasil.

Outro ponto abordado diz respeito ao modo como a medicina se constituiu enquanto saber, enquanto discurso de positividade (FOUCAULT, 2014, p. 65), e como, a partir disso, se apoiou no Estado para criar exclusividade na “arte de curar”, exercendo assim um poder hegemônico. Nessa direção, buscamos entender a processualidade da posição do médico até se tornar posição dominante nos espaços de promoção da saúde.

Num segundo momento, faremos uma revisão de alguns textos que pautam sobre a constituição da saúde pública, preventiva e curativa, no Brasil em uma perspectiva histórica. Privilegiamos aqui a relação entre as instituições médicas e a população e acerca das principais ações institucionais que trouxeram impacto à vida do povo. Por outro lado, esperamos que essa construção histórica traga-nos elementos para compreender melhor o ambiente da unidade de saúde que nos propusemos a estudar, com seu espaço, suas ideologias e suas posições sociais, avançando assim com uma possível análise não apenas de cunho estrutural, mas também histórica³.

1.2.1 O hospital enquanto dispositivo do poder disciplinar médico

O hospital nem sempre existiu como espaço de cura e nem sempre foi “instrumento” de trabalho para a medicina. Podemos observar essa constatação em Foucault (1979) quando menciona um texto que versa sobre a função do hospital no final da Idade Média e Período Renascentista, quando se exaltavam as características cristãs do cuidado para com os pobres que, no caso, não procuravam o hospital por estarem doentes e interessados na cura, mas porque estavam morrendo. Além de morredouro, o hospital ainda tinha a função de acolher os excluídos por estarem acometidos por doenças contagiosas. No hospital, esses pobres eram atendidos por religiosos ou leigos que cuidavam dos doentes e os conduziam espiritualmente na espera de que Deus redimisse suas almas, já que nada mais havia a fazer pelo corpo. Além disso, o “serviço” era prestado também para que Deus salvasse a alma do religioso ou do leigo ocupados no acolhimento desses condenados (FOUCAULT, 1979).

Sobre a formação médica, esta girava em torno da “tradição” de ministrar receitas enquanto a atuação do profissional consistia em torno dos atendimentos domiciliares. Não existia o lugar do médico junto ao hospital, raramente um médico era chamado ao hospital e, normalmente, isso acontecia apenas em casos muito graves, quando não eram chamados os melhores médicos e sim os “piores”.

A primeira mudança nas configurações hospitalares se deu no século XVII, em primeiro lugar, para com a organização do hospital, tendo em vista que um dos “papéis” da instituição era abrigar os doentes, separá-los das pessoas “normais” – papel também atribuído por Foucault à prisão (FOUCAULT, 2014), e aos sanatórios (FOUCAULT, 1979).

³ Compreendo essa oposição como “falsa”, em conformidade com Marshall (1987).

A primeira organização dos hospitais foi de ordem econômica e os reconhecidos como bons foram os marítimos, reação (FOUCAULT, 1979) frente a ação de “trambiqueiros” que usavam os hospitais como distração a fim de desfazer-se das restrições alfandegárias. Havia uma investida forte “das autoridades financeiras” sobre a questão do comércio marítimo e sobre o controle das riquezas através das barreiras alfandegárias e sobre o papel do hospital nesse bojo. Assim nasce, no século XVII, o primeiro estatuto hospitalar, que versava sobre o esquadrinhamento nos pertences do pessoal hospitalar e dos usuários, visando punir quem transgredisse as regras orçamentárias.

Seguindo essa mesma linha, Foucault (1979) demonstra como o hospital mais “eficiente” aperfeiçoou-se por questões econômicas, como o caso dos hospitais militares. Com invenções tecnológicas, como o fuzil, a formação militar tornou-se ainda mais cara, e, por isso, houve uma valorização pelo militar, pois, quando morria, por causa de doenças ou ferimentos advindos das guerras, representava um investimento econômico desperdiçado. A reorganização necessária para transformar hospitais militares e marítimos em organizações controláveis foi via disciplina que, segundo Foucault (1979), reaparece no século XVIII. Mas, de acordo com o autor, com uma particularidade: como uma tecnologia política.

Os mecanismos disciplinares são, portanto, antigos, mas existiam em estado isolado, fragmentado, até os séculos XVII e XVIII, quando o poder disciplinar foi aperfeiçoado como uma nova técnica de gestão dos homens. Fala-se, frequentemente, das invenções técnicas do século XVIII – as tecnologias químicas, metalúrgicas, etc – mas, erroneamente, nada se diz da invenção técnica dessa nova maneira de gerir os homens, controlar suas multiplicidades, utilizá-las ao máximo e majorar o efeito útil de seu trabalho e sua atividade, graças a um sistema de poder suscetível de controlá-los (FOUCAULT, 1979, p. 61).

Dessa forma, a disciplina aparece no século XVIII como uma tecnologia que tem muitas características, como “*individualização, classificação e combinação*” (FOUCAULT, 1979, p. 60). Da mesma forma que um soldado passou a precisar saber seu lugar específico em uma tática, de forma a racionalizar recursos, assim também um aluno necessita saber seu lugar em uma sala de aula e, conseqüentemente, em uma turma, realidade totalmente diferente do ensino praticado até o século XVII.

Outro aspecto da disciplina é o “*controle*” sobre o processo, momento em que aparecem figuras do suboficial e do contramestre, figuras de supervisão dos corpos, dos gestos, do como e quando fazer os movimentos para melhor fazê-los. O terceiro aspecto indicado por Foucault é a *vigilância*: é necessário passar o indivíduo por “uma pirâmide de olhares” (FOUCAULT, 1979, p. 62). Assim nasce, por exemplo, a hierarquização militar.

Foucault indica ainda o “*registro*” como mais um elemento da disciplinarização: esse elemento em especial garante o poder a um sistema disciplinar, já que um dos principais elementos da disciplina é individualizar. Registra-se de baixo para cima, na hierarquia, garantindo um saber sobre as ações. Esses elementos são introduzidos no hospital por este se caracterizar como um espaço confuso, desorganizado e perigoso:

Tudo que foi dito até agora pode explicar porque o hospital se disciplina. As razões econômicas, o preço atribuído ao indivíduo, o desejo de evitar que as epidemias se propaguem explicam o esquadrinhamento disciplinar a que estão submetidos os hospitais (FOUCAULT, 1962, p. 62).

Junto à disciplinarização do hospital, houve também um deslocamento no pensamento médico no século XVIII, quando passou-se a compreender o processo de adoecimento através de esquemas de inteligibilidade da botânica de Lineu. Assim, o corpo torna-se suporte para as doenças que advêm da natureza, do exterior, do ambiente: “a água, o ar, a alimentação, o regime geral constituem o solo sobre o qual se desenvolvem em indivíduos as diferentes espécies de doenças” (FOUCAULT, 1979, p. 62). Por isso mesmo, é necessário pensar onde se localizará o hospital, de forma a evitar epidemias nas cidades. Foi importante pensar também o interior dos hospitais, individualizar os leitos e a criação de um espaço manipulável para indivíduo, dependendo de sua doença e do estado de sua doença. O espaço do hospital torna-se, assim, uma forma de intervenção sobre a doença, uma forma de tratar da doença.

Dessa maneira, houve, no século XVIII, uma mudança no exercício do poder nos hospitais, onde um poder religioso cedeu espaço para um exercício do poder disciplinar médico e o hospital passou de um lugar para se morrer para um espaço de cura.

Foucault cita que, no final do século XVIII, já havia muitos regulamentos em hospitais pela Europa nos quais se definia o aumento e depois a permanência de médicos no hospital, despontando assim, como figura central do controle dos hospitais e definindo a subordinação dos outros trabalhadores a seu controle.

Essa inversão das relações hierárquicas no hospital, a tomada de poder pelo médico, se manifesta no ritual da visita, desfile quase religioso em que o médico, na frente, vai ao leito de cada doente seguido de toda a hierarquia do hospital: assistentes, alunos, enfermeiras, etc. Essa codificação ritual da visita, que marca o advento do poder médico, é encontrada nos regulamentos de hospitais do século XVIII, em que se diz onde cada pessoa deve estar colocada, que o médico deve ser anunciado por uma sineta, que a enfermeira deve estar na porta com um caderno nas mãos e deve acompanhar o médico quando ele entrar, etc. (FOUCAULT, 1979, p. 64).

A cena descrita por Foucault estabelece-se, pois, como ritual regular, conformando a centralidade do médico diante de seu papel na hierarquia do hospital.

1.2.2 Embate pela definição da medicina e os pobres enquanto recurso

Paralelamente ao processo de disciplinarização médica do hospital, na França, e ultrapassando-o em questões temporais, houve também uma mudança institucional no fazer da medicina que se desdobrou em embates institucionais nos anos da primeira República. Com a revolução Jacobina, desfez-se a forma “tradicional” de formar médicos, através de saberes sistematizados e transferidos em faculdades. Muito se discutiu sobre *como* deveria funcionar uma pedagogia médica e, também importante, muito se discutiu sobre *quem* poderia exercer a medicina.

Por vários motivos, foram chamados muitos médicos para trabalhar nas guerras, e muitos se tornaram médicos ao longo dos anos, nas atividades em trincheiras, com a prática. Concomitantemente, ficaram poucos médicos nas cidades, ocasião que se tornou propícia para a prática de “charlatões”, como ironiza Foucault ao mencionar o termo usado pelos médicos franceses daquele período.

Assim, começa uma reação médica, no começo da República, a favor da ampliação do ensino e da capacitação da formação, mas que termina por se delinear como uma luta de duas formas de se ver a medicina: entre a forma do antigo regime e a do novo, além de ser contra os práticos. Os médicos do novo regime e alguns próximos ao Diretório, geraram muitas intervenções governamentais no sentido de restringir a prática da cura, o que vai determinar limites – sempre volúveis, mudando de época em época – para a formação médica e para a pedagogia da área.

Este é o impasse político e conceitual em que se encontra o problema: todas essas discussões ao menos permitiriam trazer a luz o que estava realmente em questão: não o número ou o programa das Escolas de saúde, mas o próprio sentido da profissão médica e o caráter privilegiado da experiência que a define. (FOUCAULT, 2008, p. 85).

Nessa esteira dos privilégios da profissão médica, Foucault indica que, no ano XI do calendário revolucionário, Cabanis faz um relatório, o qual, nas acepções de Foucault, já demonstrava que as discussões acerca da regulamentação da profissão estavam entrando em outra época: se a revolução havia marcado a relação da medicina com o Estado e com a sociedade – com a estatização do “aparelho” médico, e com a abertura de escolas médicas no interior da França –, já no ano XI a discussão sobre a regulamentação da medicina passou a ser fortemente influenciada pelo liberalismo econômico.

O projeto (de regulamentação) era se afastar das estruturas do antigo regime e das amarras do Estado. Assim, por fim, a medicina tornou-se uma profissão “fechada” e

fiscalizada pelo Estado para que apenas indivíduos credenciados pudessem fazer uso do privilégio de curar. Por outro lado, a ação do Estado termina por aí, pois a medicina torna-se uma profissão liberal, vigiada pelo Estado, para garantir que apenas médicos credenciados pratiquem-na – dando um caráter fechado à área –, mas livre para o mercado, que vai encontrar seus “consumidores” na burguesia comercial, agora detentora da direção do Estado.

A partir de então, os pobres doentes tornam-se um problema, pois o Estado abre mão da oferta, pelo fato de haver muitos doentes em decorrência das guerras, o que tornou-se uma situação para ele onerosa. Soma-se a essa situação, o desejo dos burgueses de voltar seus doentes para os hospitais – que já não tinham a má fama de outrora – que a essa altura estavam cheios e confluindo assim como desejo dos médicos de transformarem sua atividade em uma profissão liberal.

O hospital já era visto pela medicina como um espaço crucial para a formação de novos médicos e foi a partir dele que, no século XIX, desenvolveu-se uma semiologia médica e uma medicina anatômica, quando a morte passa a ter um papel crucial, pois a partir dela, pode-se melhor “individualizar” as patologias (FOUCAULT 2008).

Daí nasce a resolução do impasse sobre os pobres e suas doenças. A burguesia passa a arcar com os gastos da hospitalização dos pobres, pois é através da observação clínica desses doentes e do teste de medicamentos nos mesmos que os tratamentos retornaram como possibilidades para os mais ricos. Dessa forma, os pobres aparecem como recurso.

E, reciprocamente, delineia-se para o rico a utilidade de ajudar os pobres hospitalizados: o que é benevolência com respeito ao pobre se transforma em conhecimento aplicável ao rico: “Os dons benéficos vão mitigar os males dos pobres, de que resultam luzes para a conservação do rico. Sim, ricos beneficentes, homens generosos esses doentes que se deita no leito que para ele preparaste experimenta presentemente a doença de que não tardareis em ser atacados; ele se curará ou perecerá; mas em um outro caso, sua sorte pode esclarecer vosso médico e vos salvar a vida” (FOUCAULT, 2008, p. 92).

Dessa forma, o doente pobre, que antes era excluído nos hospitais conhecidos como morredouros, agora é admitido socialmente, servindo à medicina que – em hospitais reconhecidos como lugar de cura – esquadrinha seus corpos e, por isso mesmo, prevê padrões epidemiológicos que servem à cura aos mais ricos.

1.2.3 O nascimento da medicina social

A medicina aplicada em uma Unidade Básica de Saúde (UBS) é considerada uma medicina de cunho social, mais próxima ao usuário, com equipes que acompanham as

famílias e com atendimentos diferenciados por idade, doenças crônicas etc. Dessa forma, para continuar a tentar responder à questão de como nos tornamos sujeitos das áreas médicas, partimos de Foucault para compreender como nasceu a medicina social, antes de avançar na compreensão de sua constituição no Brasil.

Foucault tenta desconstruir a ideia de que o capitalismo produziu uma modificação na medicina, fechando a porta para o acesso da população mais pobre. Dessa forma, o autor tenta demonstrar como, de fato, a medicina social nasceu com um poder sobre o Estado, o espaço urbano e o corpo do trabalhador, ou seja, a medicina social avança com o avanço do capitalismo no século XVII ao início do século XX.

Assim, Foucault esboça três formas “genealógicas” para o nascimento da medicina social: uma na Alemanha, baseada no conhecimento sobre o Estado; outra na França, baseada na reestruturação da cidade; uma terceira inglesa, baseada no controle do corpo do trabalhador.

Foucault indica que foi na Alemanha que nasceu, em profundidade, o Estado em sua forma moderna, sendo efeito da criação de um conhecimento sobre o Estado no século XVII, advindo do fato de que as porções territoriais alemãs se constituíram como “pseudo Estados”, que rivalizavam com países poderosos política e economicamente. Havia, dessa forma, a urgência de se pensar conscientemente a respeito do Estado Prussiano.

Outro fator importante para o desenvolvimento do Estado moderno na Alemanha, foi uma crise econômica ainda no século XVII. Foucault indica que a burguesia ocupou o Estado, sua força e seus agentes.

Entre uma burguesia economicamente desocupada e soberanos em luta e situação de afrontamento perpétuos se produziu uma cumplicidade e a burguesia ofereceu seus homens, sua capacidade recursos, etc., à organização dos Estados. Daí o de o Estado, no sentido amplo do termo, com seus aparelhos, seus funcionários seu saber estatal, ter-se desenvolvido na Alemanha, antes de se desenvolver em países mais poderosos politicamente, como a França, ou economicamente mais desenvolvidos como a Inglaterra. (FOUCAULT, 1979, p. 80).

Durante o mercantilismo, a população apareceu como possibilidade de consumo. Daí nascem as primeiras preocupações com a saúde da população por parte do Estado. Contudo, na França e na Inglaterra, a preocupação era mensurar a população: quantos nasciam e quantos morriam, sem ações de impacto direto na melhoria da saúde da população.

Em fins do século XVIII e começo do século XIX, nasce na Alemanha a “polícia médica”. Trata-se de um esquadrinhamento fino do Estado para com a morbidade, a natalidade e os surtos epidêmicos em todas as regiões; e, por outro lado, há também a normalização da profissão médica. Foucault indica que “o médico foi o primeiro indivíduo normalizado na Alemanha” (FOUCAULT 1979, p. 83).

É criada também uma “organização administrativa” que tem por função regular a prática dos médicos, centralizar a informação e, a partir dela, mandar executar ações. Assim, o médico aparece enquanto administrador, formando hierarquia entre os médicos que são responsáveis por populações inteiras, e seus subordinados que são responsáveis por porções menores das populações.

Com a organização de um saber médico estatal, a normalização da profissão médica, a subordinação dos médicos a uma administração central e, finalmente, a integração de vários médicos em uma organização médica estatal, tem-se uma série de fenômenos inteiramente novos que caracterizam o que pode ser chamada a medicina de Estado (FOUCAULT, 1979, p. 84).

Desenvolve-se, dessa forma, uma medicina altamente estatizada e socializada, estratificada hierarquicamente, e normalizada.

Sobre o modelo de medicina social urbana, instituída na França, Foucault indica que é necessário pensar sobre o contexto francês na segunda metade do século XVIII, quando Paris estava dividida entre territórios nos quais se exerciam poderes diferentes, relacionados ao poder monárquico, mas também ao poder de senhores e da Igreja. Aparece, então, a questão da unificação do poder urbano.

Foucault indica que as motivações da reorganização do poder urbano são primeiramente econômicas, pois Paris era um lugar importante do ponto de vista comercial, regional, nacional e internacional. Por outro lado, foi também uma reorganização por motivos políticos, pois começava a aparecer no século XVIII a figura do proletário, uma massa empobrecida que, em momentos de alta de preços que os impediam de se alimentar, provocavam revoltas urbanas, “revoltas de subsistência”, as quais, segundo o autor, culminariam na revolução francesa.

Assim, o temor das aglomerações e de suas revoltas e doenças suscitou uma política sanitária urbana do século XVII focada no esquadrihamento do espaço urbano, através da quarentena (recurso este formado para se dar com a peste negra). A quarentena formada, segundo Foucault, funcionava nos esquemas da disciplina militar, ou seja, contínua, hierarquizada e com o acúmulo de informação sobre os doentes. Tem-se nesse esquema de quarentena o início da medicina urbana moderna, pautada na organização do espaço para se evitarem doenças, definindo práticas como a da remoção do cemitério do dentro das cidades. Simultaneamente, dão-se as ações com vistas a evitar a contaminação da água ou os ditos miasmas (contaminação do ar). O último aspecto indicado por Foucault é o que ele chamou de “distribuições e sequenciais” que consistia em um planejamento hidrográfico sobre onde pode-se bombear água para consumo, que não esteja contaminada (FOUCAULT, 1979).

Um dos efeitos da medicina urbana foi a constituição, durante a revolução francesa, da noção de *salubridade*, noção que designa o contexto de saúde para se poder gerar a melhor qualidade de saúde. Essa noção foi fundamental para o surgimento da saúde pública. Foucault indica, dessa forma, que é um dos pilares da medicina social.

Durante o século XVII, no aparecimento da medicina urbana, tinha-se medo dos pobres, pré-proletários, pois não eram raras as revoltas no campo, e agora as revoltas passavam a ser urbanas. Contudo, não havia o medo dos pobres serem fontes de doenças, e os motivos para isso, segundo Foucault, é porque os pobres faziam parte da “estrutura” da cidade, garantiam em grande parte o funcionamento de seu funcionamento. Entretanto, no começo do século XIX na Inglaterra, o pobre, já proletário, era capaz de produzir revoltas organizadas. Houve também o surgimento dos serviços postais e dos serviços de carregamento de objetos, que causou grande indignação por parte dos mais pobres, pois tais serviços roubaram suas fontes de trabalho. Além disso, em 1832, houve uma epidemia de cólera que surgiu em Paris. Há assim, no século XIX, a necessidade de se segregar em espaços os ricos e os pobres.

O sistema médico social alemão de saúde pública do século XIX é criado com a finalidade de contornar essas questões epidêmicas, e, principalmente, de fazer um controle médico dos mais pobres, o que Foucault define como “assistência/proteção assistência/control” (FOUCAULT 1979, p. 56). Percebe-se que, nos primeiros anos de implantação, ainda há um direcionamento de “assistência/proteção” no sistema. Aqui, mais uma vez, Foucault dispõe da disciplina médico-militar como fio condutor para explicar o exercício do poder do Estado para com os trabalhadores. Percebe-se, nesse texto, um elemento importante para se compreender o exercício do poder no caso do modelo alemão de saúde social: o elemento jurídico, através da *Lei dos Pobres* que termina por legitimar a ação sanitária, trazendo um elemento de “verdade” propugnado pelo Direito.

A lei citada, contudo, mais tarde, na segunda metade do século XIX, é complementada e os serviços dedicados aos pobres tornam-se mais “autoritários”, nas palavras de Foucault, desenvolvendo-se como um sistema apenas de controle sanitário, traduzido em serviços médicos sem médicos.

De maneira geral, pode-se dizer que, diferentemente da medicina urbana francesa e da medicina de Estado da Alemanha do século XVIII, aparece, no século XIX e sobretudo na Inglaterra, uma medicina que é essencialmente um controle da saúde e do corpo das classes mais pobres para torná-las mais aptas ao trabalho e **menos perigosas às classes mais ricas**. (FOUCAULT, 1979, p. 57, grifo nosso).

Foucault então apresenta que, nesse momento, na Alemanha, o controle é dirigido ao Estado, na França, ao espaço, e na Inglaterra, ao trabalhador e aos pobres. Destacamos na fração de texto acima reproduzida, uma questão que Foucault vem retomando de forma crescente quanto trata da medicina social inglesa: o intuito do controle é sanitário e, além de político, pelos motivos que já citamos (a organização proletária), também é, em grande medida, biopolítico. É sanitário porque é necessário proteger os mais ricos de possíveis surtos epidêmicos e é político pois deve-se evitar que os populares retomem o poder sobre o próprio corpo, sobre seu estado de saúde, e sobre a hora de morte.

No último sistema, o sistema de saúde inglês, podem coexistir três tipos de setores da medicina: o setor para os mais pobres; o setor do esquadramento dos espaços e da força de trabalho; e o setor médico dos mais privilegiados, financeiramente falando.

1.3 Saúde pública no Brasil e o Sertão enquanto recurso

Nesta seção, nos propomos a discutir a saúde pública no Brasil em uma perspectiva histórica com vistas a entender as “raízes” das práticas e do discurso sanitarista brasileiro – raízes da medicina social (FOUCAULT, 1979) – e como esse discurso se relacionou com os sujeitos trabalhadores, tanto os da cidade quanto os sertanejos, estes que, muitas vezes, tinham seu primeiro contato com a medicina principalmente para a região que importa para este trabalho, na época do Norte Goiás.

Começaremos a desenvolver um pensamento acerca do assunto a partir da transição do século XIX para o século XX. Contudo, vale salientar que já havia grupos políticos com interesses e discussões sanitaristas, inclusive dentro do Império, mas essas ideias, com poucas exceções, não chegaram a ter efeito prático até o final do século XIX, como afirma Marques: “Todas as intervenções [sanitárias] realizadas até meados no século XIX, no entanto, não chegavam a configurar políticas ou ações mais duradouras, alcançando apenas áreas localizadas em ações pontuais, temáticas e descontinuas” (MARQUES, 1955, p. 55).

Outro ponto é que, apesar de a medicina, academicamente falando, já existir no Brasil desde a primeira metade do século XIX – com o nascimento da *Escola de Cirurgias da Bahia*, e a *Escola de Anatomia, Medicina e Cirurgia*, no Rio de Janeiro – é apenas a partir do século XIX para o século XX que a medicina brasileira, através, principalmente da descoberta da doença de Chagas, caminha para se tornar o que Foucault (1979) chama de medicina social, dessa forma ganhando contornos de, não apenas práticas isoladas de medicina, mas de movimento político e de integração de setores da sociedade.

Tentaremos, então, interpretar não apenas quando começou o processo de dominação médica, mas também identificar a resistência a essa dominação. No Brasil, assim como na Europa, tal dominação significou muito mais do que uma evolução do conhecimento humano, mas também uma disciplina a desenvolver-se e, nesse processo, significar o mundo e transformá-lo. Significou também a constituição de um campo de lutas simbólicas por espaço e prestígio. Significou ainda uma ferramenta de grande importância discursiva de argumento para o fortalecimento da medicina enquanto disciplina e para o aumento de seu espaço no Estado. Para o sertão, trouxe o ingrato sentido de um dos braços do processo civilizador e, conseqüentemente, a atenção do Estado e da sociedade litorânea para as condições de vida do sertanejo, além de um estigma ao sertão e ao sertanejo.

Uma mostra da dominação médica, é a forma que parte da intelectualidade apresenta a história do nosso sanitarismo, e de nossa saúde pública, trazendo-nos uma perspectiva que privilegia o campo e os agentes médicos, ou seja, a perspectiva dos vencedores. Em uma visão benjaminiana (LOWY, 2005), os responsáveis pela construção de nosso processo histórico – as pessoas, trabalhadores, negros e negras, as mulheres, os revoltosos, os demais profissionais da área curativa, que dia-a-dia dedicaram-se a construir uma saúde pública – são simplesmente esquecidos em favor de heróis, como Oswaldo Cruz, Belisário Penna e Artur Neiva.

Iremos nos referir à nossa região, Tocantins, ora como Norte Goiás, ora como sertão, por parte ironizando essa homogeneização que, muitas vezes, mais esvazia os sentidos do que impulsiona-os, mas, às vezes reconhecendo sua importância como estrutura de pensamento e como elemento de identidade histórica.

No conjunto da história do Brasil, em termos de senso comum, pensamento social e imaginário, poucas categorias têm sido tão importantes, para designar uma ou mais regiões, quanto a de ‘sertão’ (...) ‘Sertão’ é um das categorias mais recorrente no pensamento social brasileiro, especialmente no conjunto de nossa historiografia. (AMADO, 1995, p. 145).

Dentre tantos que a noção pode sugerir, escolhemos o sentido de interior, se opondo a litoral (AMADO, 1995, p. 148), os sertanejos seriam os moradores desse sertão, os quais como tal se identificam. Contudo, a noção nos serve em uma curta medida, como paralela à noção de espaço de Santos (1996), para o qual o espaço é uma categoria mais generalista, que nos permite ter uma visão holística sobre o fazer humano. Entretanto, os lugares são abismos em termos de profundidade de significados, comportando as diferentes formas que nos relacionamos com o espaço e com o outro (SANTOS, 1995; LANDOWSKI, 2015). Desse

modo, ao olhar para a cultura dos sertanejos, poderíamos falar sobre sertões, múltiplos e vastos, distintos.

1.4 O sanitarismo brasileiro na virada do século XX

O Brasil litorâneo do final do século XIX e durante o século XX, foi fortemente influenciado pelo estilo burguês francês de moda, de pensamento filosófico e acadêmico etc. Talvez por isso mesmo, haja um paralelo e uma influência interessante entre a história do nosso sanitarismo com a história do sanitarismo francês. Por exemplo, há o fato de que, no Brasil, tanto quanto na França, o sanitarismo enquanto prática nasce nos portos; o fato de haver uma reestruturação e remodelação do espaço urbano da capital movida por estruturas de pensamento sanitárias e higienistas; o fato de haver uma medicina social fortemente influenciada pela química moderna, entendendo que o “entorno” do sujeito pode adoecê-lo através da água e dos ventos contaminados (miasmas).

A partir da tomada de poder por Getúlio Vargas e da quebra da hegemonia da *política do café com leite*⁴, nos anos 30 do século XX, começa um embate forte entre duas formas de medicina social, uma que já havia sido hegemônica e à qual nos referíamos há pouco, de cunho preventiva e oferecida de forma pública, enquanto outra era uma medicina social que se formava há pouco tempo com a industrialização nos grandes centros e com o aumento da mão-de-obra proletária: a medicina social curativa. Essas duas visões de medicina continuaram a existir até o nascimento do SUS (Sistema Único de Saúde)⁵. Neste momento, deter-nos-emos primeiramente aos primeiros anos do século XX.

Assim como na França, as ações sanitárias nos portos estavam intimamente relacionadas à economia, mas lá as preocupações se davam com as riquezas e impostos tramitando nos portos de forma mais direta enquanto, indiretamente, havia a preocupação com as doenças, como abordamos em seções anteriores.

Já por aqui, nos últimos anos do século XIX, o Brasil passava por uma intensa crise econômica e sanitária gerando uma falta de credibilidade do ponto de vista do comércio internacional, fazendo com que o governo tomasse providências ou, ao menos, encenasse alguma ação.

⁴ Era assim denominada a alternância de poderes nas mãos dos latifundiários de São Paulo (café) e Minas Gerais (leite).

⁵ Inspirado no *National Health Service*, foi instituído no Brasil com a Constituição de 1988.

A crise no Brasil era gerada, dentre outras questões, pela política do *encilhamento*⁶, e por causa da situação sanitária das cidades portuárias que enfrentavam surtos de Febre Amarela, Varíola, Peste Negra, dentre outras doenças (SEVCENKO, 2003). Nosso país deixava, há bem pouco tempo, o sistema de produção baseado na força de trabalho escrava, e já substituía a mão-de-obra escrava pela de estrangeiros, em grande parte composta por europeus – ação que encontra abrigo na proposta higienista de curar o Brasil de seu grande problema, a miscigenação⁷. Tal empresa enfrentou grandes problemas para sua execução tendo em vista que nossas cidades portuárias já enfrentavam, naquela época, uma situação sanitária preocupante, produto, em parte, do grande fluxo de imigrantes de muitas partes do mundo, além dos ratos trazidos nas embarcações⁸ (SANTOS, 1985, p. 256).

Contudo, ainda havia outras raízes para a proliferação dessas doenças, como a falta de saneamento básico nas principais cidades portuárias que, até os primeiros anos do século XX, apresentavam uma ínfima estrutura de saneamento de água e de esgoto. Os números de óbitos por causa das doenças citadas eram tão altos que assustavam os interessados estrangeiros a virem para o Brasil, prejudicando os interesses de higienização do povo brasileiro. Também dificultava acordos econômicos internacionais, tendo em vista que o país não demonstrava confiança, nem em termos econômicos e, menos ainda, em termos sanitários. Nesse sentido, Marques fala sobre a quantidade de óbitos por febre amarela e por tuberculose:

É Importante que se ressalte mais uma vez que a prioridade estabelecida no saneamento básico estava diretamente relacionada com o funcionamento da cidade e as dimensões ideológicas e do controle social. Durante o mesmo período analisado aqui, a tuberculose, doença que tem estreitos vínculos com as condições de trabalho, era endêmica no Rio de Janeiro. Esta doença apresentava anualmente quase tanto caos quanto a febre amarela e a varíola durante as epidemias e muito mais casos nos períodos entre epidemias. Segundo Fritsch (1986), entre 1870 e 1880, a tuberculose matou 20916 pessoas, enquanto a febre amarela e a varíola, as duas mais importantes doenças epidêmicas, mataram 14.541 e 6618, respectivamente. A saúde dos trabalhadores, no entanto, não foi objeto de nenhuma política durante o período estudado. (MARQUES, 1995, p. 59).

Como Marques indicou, a varíola, no período mencionado matava muitos trabalhadores, pois a transmissão do vírus se dá por contato próximo entre pessoas, não

⁶ Adotada pelo governo de transição do regime monárquico para a república, de Deodoro da Fonseca, tentava reagir à crise econômica com a ampliação da oferta de moeda nacional.

⁷ Entretanto, para esta corrente nacionalista, um Brasil moderno significava necessariamente um Brasil europeizado. Só a imigração estrangeira – estritamente branca e Europeia – poderia limpar os brasileiros da nódoa do passado escravocrata e dos efeitos perniciosos da miscigenação. O sangue novo – “sangue bom” – permitiria ao brasileiro redimir-se e purificar-se da contaminação de raças supostamente inferiores. Tratava-se, em uma palavra, do whitening ideal de que fala Skidmore (SANTOS, 1985 p. 2).

⁸ Cf. <http://www.novomilenio.inf.br/santos/lendas/h031811d.pdf>. Acesso em 01 abr. 2018.

infectando animais no processo. Por isso mesmo, a doença ficava restrita geograficamente, considerando as regiões mais pobres do Rio. A febre amarela, por outro lado, tem sua infecção por mosquitos, assim, podendo afetar pessoas de classes diversas. Daí que a febre amarela, que ainda nos primeiros anos do século XX despontava como uma doença endêmica nas cidades litorâneas e portuárias, aparece como uma das primeiras doenças “políticas” (voltaremos à questão da doença como ferramenta política mais à frente, quando formos falar sobre a doença de Chagas), ou seja, motivou o poder público a investir em práticas sanitárias, via instituições sanitaristas e seus agentes.

Os doentes infectados por varíola, por sua vez, tiveram que esperar até a campanha de vacinação que aconteceu já nos primeiros anos do século XX, em uma ação interesseira e desastrosa que culminou na *Revolta da Vacina*, no Rio de Janeiro, entre 10 e 16 de novembro de 1904.

Nesse sentido, no começo do século XX, foi construído em Santos-SP uma das primeiras redes de esgoto do Brasil (como mostra a Figura 1 abaixo), ficando atrás apenas da capital e de uma tímida ação de saneamento básico em Recife. Aparecem, nessa época também, postos de saúde nos portos que, apesar de praticarem ações intermitentes, inspecionam em termo de saúde-doença os recém-chegados, situação que poderia passar a falsa impressão de que havia um sistema de saúde por trás dessas ações (SANTOS, 1985, p. 257).

Figura 1 – Construção de Coletor de Esgotos em Santos (São Paulo)



Fonte: Disponível em: <http://www.memoriadesantos.com.br/post/saneamento-basico-em-santos-88/>. Acesso em: 12 jan. 2018.

Os paralelos entre o papel do sanitarismo na remodelagem de Paris e algumas cidades no Brasil não param pelas fracas ações portuárias e pela construção do sistema de saneamento básico em Santos. No ano da inauguração da primeira fase do sistema de saneamento básico de Santos, em 1907, no Rio de Janeiro já se inaugurava a Avenida Central (SEVCENKO, 2003, p. 41).

1.5 A Restauração no Rio de Janeiro nos primeiros anos do século XX

A *Restauração* no Rio de Janeiro, que começa em 1904 com a remodelação do espaço central da cidade, enquanto “movimento” e como forma de pensamento, tem uma explicação e gênese complexa e interdimensional no período predecessor. Encontra sua gênese nos elementos de ordem econômica e política, frutos da abolição e sua mudança brusca na maior parte da mão de obra do sistema de produção e da já citada instabilidade econômica gerada pela política do encilhamento, além da vulnerabilidade sanitária dos portos e, principalmente, pela fragilidade sanitária na capital. Soma-se a esses elementos, o aumento demográfico exorbitante na cidade do Rio de Janeiro, que já foi grande nos últimos vinte anos do século XIX, mas que significou um aumento sem precedentes nos primeiros vinte anos do século XX representando, entre 1900 e 1920, um aumento de 67%. Dentre muitas outras questões, uma

das mais importantes indicadas por Sevecenko (2003) era o desejo de romper com as subjetividades que ligavam a República ao Império, daí provêm as coerções no sentido de se modificarem os costumes e também explica a transformação na arquitetura da cidade, seguindo uma transformação de ordem estética.

Intrínseco a todo esse contexto, e inseparável de toda essa situação por funcionar, em grande medida, como uma justificativa para a regeneração, encontram-se as questões sanitárias que se somavam como categoria chave ao progresso como força motriz da categoria maior, o processo civilizador (SEVCENKO, 2003).

Sobre o assunto, afirma Sevcenko:

As áreas pantanosas faziam da febre tifoide, do impaludismo, da varíola e da febre amarela endemias inextirpáveis. E o que era mais terrível: o medo das doenças, somado as suspeitas para com uma comunidade de mestiços em constante turbulência política, intimidava os europeus, que se mostravam então parcimoniosos e precavidos com seus capitais, braços e técnicas no momento em que era mais ávida a expectativa por eles. As sucessivas crises políticas desde a proclamação da república haviam não só exaurido o tesouro Nacional, como sustado a entrada de capitais e dificultando a imigração. Era preciso pois findar com a imagem da cidade **insalubre e insegura**, com uma enorme população de gente rude plantada bem no seu âmago, vivendo no maior desconforto, imundície e promiscuidade, pronta para armar em barricadas a vielas estreitas do Centro ao som do primeiro grito de motim. (SEVCENKO, 2003, p. 42, grifo nosso).

Dessa forma, a população empobrecida formada por uma massa de ex-escravizados, trabalhadores braçais, marinheiros, desempregados, dentre outros, que habitavam em moradias precárias, cortiços, casarões, nas ruas, mendigando no centro do Rio de Janeiro antes e durante parte da restauração, passa a ser perseguida pela polícia e designados como vagabundos por representarem, por parte, a “feiura”, o sujo, e o inadequado ao novo modelo urbano. Uma higienização estava em curso, não apenas considerando o espaço físico, mas também o espaço social, separando costumes, práticas e mesmo pessoas, tendo em vista o que a elite político-econômica definia como adequado para os novos tempos.

Os costumes e festas dos ocupantes do centro do Rio foram proibidos ou perseguidos, como a capoeira e ritos religiosos afrodescendentes. Condenavam os pés descalços e quase foi proibido andar no centro do Rio sem estar trajado com terno e gravata (SEVCENKO, 2003).

Nas palavras de Sevcenko,

Quatro princípios fundamentais regeram o transcurso dessa metamorfose, conforme veremos adiante: a condenação dos hábitos e costumes ligados pela memória a sociedade tradicional; a negação de todos e qualquer elemento de cultura popular que pudesse macular a imagem civilizada da sociedade dominante; uma política rigorosa de expulsão dos grupos populares da área central da cidade, que será praticamente isolada para o desfrute exclusivo das camadas aburguesadas; e um cosmopolitismo agressivo, profundamente identificado com a vida parisiense. (SEVCENKO, 2003, p. 43).

Esse pano de fundo de fome, proibição, perseguição e doenças, acaba por criar um ambiente ácido e propício a revoltas urbanas como a “Revolta do Selo (1898) e a assuada popular que se seguiu à transmissão do cargo de Campos Sales (1902): “ambas já anunciavam o futuro dos ‘quebra lampiões’ de 1904 em diante” (SEVCENKO, 2003, p. 75). A população estourava em motins, enfrentando a polícia de frente. Na maior parte das vezes, esse motins eram “desordenados” e desenfreados. Uma exceção foi a *Revolta da Vacina*, situação em que Oswaldo Cruz havia se tornado Diretor Geral da Saúde e resolvera enfrentar as principais epidemias da capital (e de outras cidades portuárias) lançando campanhas sanitárias⁹.

Assim, o governo efetiva medidas para caçar os vetores das principais doenças: mosquitos transmissor da febre amarela, ratos portadores dos carrapatos da peste bubônica e, por último, foi decretada a obrigação da vacinação contra a varíola – que foi encarada pela população como ação suspeita, já que era de conhecimento geral que a vacina era criada a partir da própria doença, opinião que, algum tempo depois, se justificou, tendo em vista que a vacina contaminava um por cento da população que passava pela imunização.

Esse momento, combinado com as demolições dos cortiços e casarões no centro, foi a “gota d’água”: as pessoas se organizaram no motim e resistiram à investida da polícia e do exército durante três dias. Ao final do período da revolta, o governo revogou a obrigatoriedade.

Sobre a estratégia de campanha utilizada por Oswaldo Cruz, tratava-se de uma estratégia que prosperara, trazendo frutos e proporcionando ampliação a partir do período dos anos 20, como afirma Pontes:

Vários acordos internacionais foram firmados e diversas instituições criadas ao longo do século XX obedecendo à lógica campanhista. No Brasil, entre as instituições surgidas nesse contexto, podemos citar: o Serviço de Malária do Nordeste, instituído em 1939 e posteriormente transformado em Serviço Nacional de Malária (1941); o Serviço Nacional de Febre Amarela, de 1940; o Serviço Especial de Saúde Pública, criado em 1942, como parte do esforço de guerra dos aliados e mais tarde transformado na Fundação SESP; a Campanha de Erradicação da Varíola, instituída no Brasil em 1966 como parte de um programa mundial proposto pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e pela Organização PanAmericana de Saúde (OPAS) na década de 1960, e a Superintendência de Campanhas de Saúde Pública (SUCAM), criada em 1969. (PONTES, 2010, p. 106).

A denominação “restauração” diz muito sobre os primeiros anos da Primeira República no Brasil. Assim, a alta sociedade do Rio, com uma cidade remodelada, uma cidade cheirando a concreto fresco, tentava apagar sua história virando as costas para sua herança cultural, aproximando-se dos padrões europeus de metrópole desenvolvida.

⁹Cf. <https://portal.fiocruz.br/pt-br/content/trajetoria-do-medico-dedicado-ciencia-0>. Acesso em 01 abr. 2018.

1.6 Os sertões e a doença de Chagas

Em 1912, viajam para os sertões Belizário Pena e Arthur Neiva que, a partir dessa viagem, produziram relatórios que terminaram por compor o livro “Viajem científica pelo Norte da Bahia, sudoeste de Pernambuco, sul do Piauí e de norte a sul de Goiás”, publicado em 1916. Esses sanitaristas viajaram a fim de, oficialmente, conhecerem as condições de captação e consumo de água. Contudo, o que aparece de forma evidente em seus relatórios é uma investigação sanitária e, particularmente, uma investigação acerca da epidemiologia da recém-descoberta doença de Chagas que, nos primeiros anos da década de 10, tinha sua etiologia a ser definida¹⁰.

Nos sertões do Norte de Goiás, aparece nos relatórios dos médicos que, em termos de serviços de saúde pública e privada, pouco se existia. As poucas exceções incluíam as cidades de Porto Nacional – TO e Carolina – MA, na época as cidades mais populosas e influentes na região compreendida entre o então norte de Goiás e sul do Maranhão. Ali, alguns profissionais liberais do campo médico residiam e era onde se encontrava instituições religiosas que ofereciam ajuda aos doentes.

Neiva e Pena descrevem os sertões como um inferno verde, e o “interior” como um hospital, além de criticar a precariedade da inteligência e a ausência de coragem para o trabalho por parte do sertanejo, imagem que é combatida em texto pelo Frade Audrin (1963) – como discutimos em trabalho anterior (MARGARIDA e MEDEIROS, 2014). Apesar de também ser influenciado pelo imaginário do processo civilizador, Audrin se permite, em algumas passagens, enxergar os sertanejos como protagonistas de seus destinos, com suas invenções e criatividade para com o ambiente, e com seu modo peculiar de lidar com o processo de adoecimento e de cura.

Por outro lado, podemos encontrar vestígios no discurso de Neiva e Pena, o qual, em primeiro lugar, mostra-se higienista, no sentido racial do termo, e, em segundo lugar, já esboça o discurso que em alguns anos se tornaria hegemônico, de que o Brasil não evoluía em termos civilizatório (SEVCENKO, 2003), não por causa do calor e da preguiça, mas sim, por causa da doença e do analfabetismo. O brasileiro estaria doente, por isso o Brasil não se tornara um país civilizado (PONTES, 2007).

¹⁰ Um dos marcos que ajudaram a acumular forças para o crescimento do movimento sanitarista no Brasil foi a descoberta da doença de Chagas, descoberta e provada por Oswaldo Cruz e Carlos Chagas e divulgada em 1909¹⁰.

Contudo, apesar de desqualificar o sertanejo como preguiçoso e sem cultura, podemos perceber, nos relatórios de Neiva e Pena que, ao esquadrinhar os sertões, os médicos não estavam apenas oferecendo serviços e coletando dados sobre as doenças, mas também interessados na visão dos sertanejos sobre as doenças e sobre o sertão, como aparece nesse trecho do referido relatório:

Se isto não aconteceu [confusão nas classificações], o imbuzeiro do nordeste constituirá espécie nova para a ciência por não ter sido convenientemente descrita e publicada, segundo as regras da nomenclatura botânica. Acresce ainda ser possível que, sob a denominação de imbuzeiro, estejam inbuidas diversas espécies perfeitamente definidas. Pelo menos uma variedade existe, pela certa, pois além do tipo comundas caatingas baianas, existe outro, maior e mais copado, que possui as folhas pubescentes e que é bastante comum no Piauí. (NEIVA e PENNA, 1999, p. 83).

O que aparece nesse trecho, surge em muitos outros pontos do relatório que veio depois a constituir o livro “Viajem Científica”. O sertão, através dos olhos do sertanejo, era recurso para se conhecer, de forma mais profunda, os muitos sertões, com suas espécies de plantas, aspectos das doenças que os afligiam e conhecimento geográfico sobre a região. Os médicos sanitaristas tentaram, a nosso ver, interagir com o sertanejo, interessados nos esquemas de classificações que eles usavam, para depois, com base na Epistemologia Médica, na Botânica, dentre outras, reconstruir e atualizar esse conhecimento, transubstanciando-o em capital simbólico.

Quanto aos sertanejos, percebemos que as muitas formas de lidar com as doenças, que Neiva e Penna condenaram como credíes, se mostraram, na verdade, a descrição de formas de lidar com o tempo da doença, esperando a cura ou a morte (MARGARIDA e MEDEIROS, 2014), como Audrin (1963) chega a comentar em seu livro de memórias ao afirmar que o remédio que os sertanejos usam é a paciência.

Assim como tentamos provar (MARGARIDA E MEDEIROS, 2014), o sanitarismo, nos primeiros anos do século XX, já se configurava como um *campo*, nos moldes de Bourdieu (1989), no qual os agentes lutam pela acumulação do capital simbólico para angariar melhores posições na estrutura social. Para aqueles anos, o principal estudo dos agentes do campo era a definição etiológica da doença de Chagas e, assim podemos acompanhar Neiva e Pena a explorar a doença do *papo* (bócio nodular), enfermidade que os médicos sanitaristas exploraram extensivamente através de muitos trechos escritos e através de muitas fotos em seus relatórios de viagem.

Neiva e Pena tinham a intenção de ligar essa afecção à doença de Chagas, que se mostrou, na verdade, apenas como uma disfunção por falta de iodo no corpo humano. Por

outro lado, a enfermidade que os médicos chamam de “disfagia espasmódica”, a qual tentaram ligar ao consumo da farinha de puba, acabou, embora os médicos não descartem ser um desdobramento da doença de Chagas.

Além dos trabalhos de Neiva e Pena e dos relatos de memória de Audrin, não há muitos registros acerca da ação do Estado em termos de saúde pública, ou mesmo privada, no Norte Goiás até os anos de 1960, quando passa pela região a BR-153 e municípios se emancipam. A partir disso, a cada década, a população passa a aumentar exponencialmente, e o Estado, enfim, traz sua estrutura técnica e burocrática para grande parte da região.

1.7 As campanhas de saúde pública, as caixas previdenciárias e a era Vargas

O sanitarismo das primeiras décadas do século XX teve um papel importante para a constituição do esboço de um projeto de nação e de integração do território. As ideias dos médicos sanitaristas reverberaram fora do campo médico, tornando a febre amarela e depois a doença de Chagas inimigos comuns de agentes que buscavam primeiramente se diferenciar dessa identidade marcada pelo desânimo para o trabalho, preguiça (pois estavam doentes), e, concomitantemente, buscavam uma forma de curar o Brasil do mal que marcava seus corpos, suas mentes e suas atitudes (PONTE, 2007).

Assim, o sanitarismo no Brasil agregou agentes e energia à sua causa. Em 1918, é criada a Liga Pró-Saneamento tendo como líder Belisário Pena (LIGA PRÓ-SANEAMENTO DO BRASIL). A Liga foi uma forma de organizar pautas e ideias, e formar uma militância no sentido do apoio e divulgação dessas mesmas ideias, junto ao povo e ao Estado. A Liga é desfeita em 1920, quando é fundado o Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP).

A criação do DNSP resultou de um amplo movimento político de caráter nacionalista que reivindicou uma maior intervenção do governo federal em assuntos de saúde e saneamento diante do trágico quadro sanitário revelado pelos médicos do Instituto Oswaldo Cruz em suas viagens ao interior do Brasil, em particular a realizada por Artur Neiva e Belisário Pena em 1912. (DEPARTAMENTO NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA).

A visão dos médicos sanitaristas mostra-se, através de uma análise de seus relatórios, principalmente no caso de Pena, um tanto quanto exagerada, principalmente quando comparada com a visão de Audrin (MEDEIROS e SILVA, 2014) como se exemplifica através da observação de Neiva e Pena ao afirmarem que, nos sertões, não existe cultura, o que existe é apenas uma cópia mal feita do folclore de outros países.

Entretanto, o avanço do campo sanitaria no Estado, de 1920 em diante, significou, como indica Santos (2004), uma investida do Estado aos sertões ao menos quanto a educação higienista e combate a enfermidades regionais previamente delimitadas. O sanitarismo tornara-se uma visão social e política hegemônica. A ação das campanhas eram então executadas com ares, linguagem e disciplina militares, como afirma Ponte (2010).

Um adendo a se fazer é que, nesse período histórico, a pedagogia higienista ainda era surda e, em certa medida, eugênica, apenas levando informações e indicações, sem ouvir o que as pessoas tinham a falar sobre suas enfermidades locais, sobre seus conhecimentos e sobre seus próprios lugares, não sendo a participação social uma bandeira do sanitarismo.

Dessa forma, nosso sanitarismo, que detinha uma forte influência do sanitarismo francês, incorpora também aspectos do sanitarismo alemão, com seus agentes ganhando posições importantes na hierarquia estatal e conseguindo reproduzir seus ideais e práticas de controle em larga escala, inclusive conseguindo imprimir na constituição de 1934 a propugnação de uma das bandeiras dos médicos sanitaristas brasileiros: a fomentação da eugenia na área da educação.

É importante salientar no trabalho de Santos (2004) que as campanhas sanitaristas não tiveram resultados mais profundos em certas áreas dos sertões por causa da interferência de “coronéis” locais, como acontece no exemplo dado por Santos quanto ao contexto baiano e as revoltas e resistência de certos senhores de terra que, às vezes, chegaram a enfrentar mesmo o exército.

Outra questão importante a se indicar é que, a partir da década de 20 do século XX, começam, no Brasil, as reivindicações sindicais quanto aos serviços de saúde, pois o foco do DNSP eram doenças endêmicas, ou que poderiam gerar impacto na saúde de uma população, principalmente através das campanhas sanitárias, em nome de uma medicina preventiva. Os serviços de saúde individuais, curativos, eram até os anos 1920 arcados pelo sujeito que buscava atendimento ou eram oferecidos por instituições de caridade e por denominações religiosas.

Contudo, a partir de 1923, a lei Ely Chaves cria um amparo de assistência de saúde pública ligado a contribuições previdenciárias feitas por empregados e empresários que também compunham a gestão desse mesmo fundo. A participação dos empregados, porém, era limitada, causando uma gestão desbalanceada. Assim,

Resultantes de uma concepção que somente reconhecia como pertencentes à esfera pública os problemas individuais que ameaçassem o restante da população ou a ordem econômica e social vigente, essas duas vertentes de desenvolvimento dos serviços de atenção à saúde – a saúde pública e a medicina previdenciária – vão trilhar caminhos bastante diferentes até serem criadas as bases que atualmente conformam o Sistema Único de Saúde em nosso país (PONTE, 2010, p. 118).

Dessa forma, como afirma Fonseca (2007), além dessa divisão entre os serviços de saúde e o previdenciário, havia uma divisão entre o público atendido, sendo que os serviços previdenciários tinham como foco o trabalhador e, principalmente, o trabalhador das cidades, enquanto que os serviços de saúde preventiva eram fornecidos para os pobres das cidades, mas também em grande parte em campanhas nos sertões do país.

Outro aspecto da prestação dos serviços de saúde pública no Brasil pós década de 1930 é o alcance ineficaz dessa prestação de serviço. Nos principais centros econômicos, e principalmente no Rio de Janeiro, havia pressões sindicais setorializadas já que, através do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social, os benefícios previdenciários negociados por categoria de trabalhadores eram setorializados. Havia lutas pontuais, contudo o trabalhador regularizado ainda tinha algum tipo de benefício médico.

Entretanto, os pobres das cidades e dos sertões, e também os trabalhadores do interior, que muitas vezes eram empregados irregulares, não tinham qualquer tipo de atendimento médico individual, atendimento clínico, já que o foco da saúde pública era a saúde das populações, ou seja, a prevenção.

A ajuda que o sujeito “excluído” desse sistema de saúde recebia, na maior parte das vezes, vinha de trabalho de caridade de denominações religiosas como aconteceu no Norte Goiás, o que podemos observar através dos relatórios de José M. Audrin (1963), um frade da denominação dominicana que morou em sertões no Brasil em missão de evangelização, mas também em missões de caridade, prática inseparável da missão evangelizadora.

Nos anos 30 do século XX, a medicina social sanitarista, preventiva e pública ainda ocupava amplos cargos no Estado, era hegemônica e ainda se configurava como importante ferramenta do governo. Contudo, com a intervenção do grupo político ligado a Vargas, esse primeiro movimento sanitarista começa a perder espaço, afastando-se dos centros urbanos, e sumindo dos noticiários, em detrimento dos serviços ambulatoriais e privados, que, financiados pelas caixas de pensões, tornaram-se, com o passar dos anos e com a industrialização das grandes capitais da época, a visão predominantemente hegemônica em termos de saúde, doença e cura. Esse tipo de serviço consolida-se com o tempo e recebe muita atenção do governo que não precisa investir na área que cresce na mesma medida em que crescem os postos de trabalho formalizado.

Com o pós-guerra, e com a especialização técnica na área de exames da saúde ambulatorial, e consequentemente com a elevação dos custos, vê-se a “hospitalização” dos ambulatorios médicos, com a entrada de grupos econômicos na área médica (PONTE, 2010, p. 119). Essa vertente da saúde social termina por privilegiar um foco hospitalar dando ênfase ao processo de cura enquanto que a “(...) A rede pública ficou responsável, quase que exclusivamente, pelo atendimento emergencial e pelos procedimentos de alto custo que não interessavam, a princípio, ao setor privado da medicina” (PONTE, 2010 *apud* PIRES-ALVES e FALEIROS, 2010, p. 166).

Cessados os grandes embates que marcaram a atuação de sanitaristas como Oswaldo Cruz, Emílio Ribas e Belisário Penna, e afastados os perigos mais visíveis, a área de saúde pública concentrou cada vez mais suas ações em regiões periféricas ou distantes dos grandes centros urbanos, e apesar de permanecer como área de interesse do governo federal, viu reduzida sua presença no noticiário, bem como seu poder de pressão política sobre a estrutura estatal. Por outro lado, na década de 1930, a base tributária do Estado brasileiro ainda era pequena para suportar a necessária ampliação de suas atribuições e de seu alcance em termos geográficos e populacionais (PONTE, 2010, p. 127).

Concretiza-se, assim, mais uma fase da medicina social, aquela cuja gênese Foucault (1997) identifica no capitalismo inglês do século XIX, ligado à normatização dos corpos dos trabalhadores, tendo os serviços de saúde como mercadoria para os que podem pagar. Com a formação e desenvolvimento das caixas de saúde e pensão, é possível haver um controle sobre a classe trabalhadora, classe essa que detinha uma capacidade e possibilidade de luta e articulação, mesmo estando fragmentada através das caixas e pensões específicas para cada categoria de trabalhadores.

A classe desempregada, em grande parte formada por ex-escravizados ou negros descendentes de pessoas escravizadas, foi marginalizada e criminalizada pelo Estado desde a abolição e terminou por formar o grosso do que constituía o chamado “exército de reserva” (conforme léxico marxista) por fim criminalizada nas letras da lei na década de 1940, ao combater o que se entendia como “vadiagem”.

A discriminação de raça e de classe se tornou naturalizada ao discriminar o sujeito que não tem capacidade para arranjar um emprego. Assim, diferente do arranjo de serviços de saúde inglês, que abrangia de alguma forma todas as classes sociais, o Estado brasileiro privilegiou quem detinha os modos de produção e o trabalhador para receber assistência em termos de serviços de saúde, fora os detentores do capital que queriam pagar por serviços hospitalares fora da burocracia dos convênios de saúde. Enquanto isso, a saúde pública com sua visão preventiva, no gozo de espaço privilegiado no Estado, já havia perdido sua utilidade, já que as grandes epidemias urbanas estavam sob controle.

Destaca-se que os ganhos de direitos sociais em termos de saúde previdenciária foi uma conquista resultante de lutas dos trabalhadores, mesmo diante de um governo que reprimia a livre manifestação dos sindicatos. A despeito disso, os trabalhadores continuaram lutando de outras formas:

Desse modo, não resta dúvida de que houve reorientações e mudanças nas formas de estruturação da luta por direitos previdenciários, visto que o caminho da greve e do enfrentamento mais aberto deixou incontestavelmente de ser uma possibilidade inscrita no horizonte político brasileiro. Isto não quer dizer que essa tenha sido uma era de apatia e de pleno domínio e realização das intenções do Estado. (REIS, 2010, p. 125).

Dessa forma, os trabalhadores, além de já terem adquirido capacidades e habilidades próprias de suas funções, adquirem também capital burocrático, já que a luta se deu nessa época através do sistema burocrático.

1.8 Saúde nos anos da ditadura militar

Durante a transição da década de 1960 para a década de 1980, houve no Brasil a mobilidade espacial da população rural para as cidades, situação na qual os sujeitos pobres saíram dos “sertões”, expulsos por causa dos conflitos agrários com os grandes produtores, ou impelidos indiretamente por não conseguirem competir com a produção em larga escala do agronegócio extensivo (apoiado pelo governo militar). Por outro lado, o êxodo rural foi resultado também de uma busca por melhor condições de vida e, assim, pequenos produtores rurais migraram para os centros urbanos. Com isso, agrava-se a situação sanitária das periferias das grandes cidades que abrigam os sujeitos expulsos da terra, multiplicando os problemas por causa da transmissão de doenças como febre amarela, malária, meningite e dengue.

Soma-se a essa situação epidêmica o fato de o que o Estado não estava preparado e nem havia previsão para se preparar para tal realidade. Nas décadas de 1970 e 1980, a saúde individual foi praticamente constituída para quem podia pagar. Por outro lado, economicamente falando, o Estado avançava arrecadando cada vez mais, gerando uma falsa sensação de crescimento, entretanto, esse “avanço” acontecia através de arrochos salariais e de perda dos direitos trabalhistas conseguidos durante o período Vargas (BERTOLLI FILHO, 2010). Nesse contexto, deu-se a unificação das caixas de previdências, todas no Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) subordinada ao Ministério do Trabalho. Mais tarde, por fragilidade do modelo previdenciário e por causa das fraudes e corrupção, o INPS passa a

ser atrelado ao recém criado Ministério da Previdência e Assistência Social que, regido pela lei de 1967, apoiou a iniciativa privada, entregando o atendimento individual aos hospitais particulares que atendiam a população mais empobrecida.

Guias de internação falsificadas, cirurgias desnecessárias e a prática de cesariana em vez de parto normal passaram a ser mecanismo comuns de fraude. Mais do que os prejuízos materiais, importantes em si mesmos, a mais grave consequência tem sido a contínua degradação dos serviços médico-hospitalares prestados à população trabalhadora. Em sua imensa maioria ela não tem outra alternativa que não o sistema previdenciário de atendimento (BERTOLLI FILHO, 2010, p. 55).

De 1964 a 1970, a participação do Ministério da Saúde decresce cada vez mais no orçamento do Estado, indo de 3,65% a 1,1%, em 1970, período em que o governo prioriza os investimentos nos ministérios “militares, dos transportes e da indústria e comércio” (BERTOLLI FILHO, 2010, p. 51)

Em 1967, o governo federal passa o financiamento de uma possível oferta de prestação de serviços a toda a população, contudo tal financiamento mostra-se insustentável, minguando uma das poucas oportunidades que a população em geral teve durante a ditadura militar de gozar de prestação de serviços de saúde públicos (PONTE, 2010).

A estratégia do governo militar passa a ser priorizar a saúde como bem individual, e a deixar os atendimentos clínicos a cargo da iniciativa privada, estratégia que fica clara quando observamos o farto financiamento a fundo perdido dado para os interesses do mercado nacional e internacional do campo médico:

Em 1974, com a criação do Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social (FAS), as empresas de medicina passaram a contar com uma nova fonte de financiamento para construção, ampliação e compra de equipamentos. Administrado pela Caixa Econômica Federal e constituído principalmente com recursos da Loteria Esportiva, o FAS desembolsou até 1979 cerca de sete bilhões de cruzeiros (moeda de então) para a saúde, dos quais 70% (algo em torno de um bilhão e meio de reais) foram destinados a hospitais particulares situados no eixo Rio-São Paulo (Cordeiro, 1983). Tais empréstimos, em sua maior parte, foram realizados em condições vantajosas para os empresários, ou seja, com longos prazos de carência, juros subsidiados e correção monetária abaixo da inflação. Instala-se, assim, um verdadeiro processo de drenagem dos recursos públicos que passam a capitalizar as empresas de medicina privada, transformando a saúde em um negócio bastante lucrativo (PONTE, 2010, p. 187).

Uma parte significativa do orçamento destinado à saúde pública era para “pagamento dos serviços prestados por hospitais particulares aos doentes pobres” (BERTOLLI FILHO, 2010, p. 52). Frente à situação caótica na qual o Estado deveria agir para o fortalecimento das estruturas sanitárias preventivas de combate às epidemias, mais uma vez o Estado investe orçamento no financiamento de práticas imediatistas e de via privada, como afirma Bertolli Filho (2010): apenas 25% da receita recebida pelo sistema de saúde previdenciário era

utilizado no atendimento ao trabalhador e com propaganda, o restante constituindo-se de rendimento líquido.

O sistema previdenciário de convênios, por sua vez, entra em colapso com a corrupção generalizada em torno dos repasses, com a crise econômica da década de 1970 para 1980, e a baixa nos postos de emprego, já que o INPS estava atrelado ao emprego formal e à contribuição previdenciária.

Assim, no turbilhão de críticas, com o crescente descontentamento social e com a forte crítica econômica e sanitária, o governo federal começa a transição democrática, quando Ernesto Geisel indicou que faria uma transição gradual, enquanto o povo ocupava as ruas e praças em manifestações (REIS, 2016). Os sindicatos que retomam alguma agência, juntamente com a imprensa e com grupos de estudantes, dão andamento às pressões, que levariam ao fim da ditadura militar e à volta de mais um período democrático.

No bojo da abertura democrática, os empresários do campo da saúde privada se organizaram e fizeram pressão pelos seus interesses e assim, durante o governo de Sarney, que se seguiu como presidente no processo indireto de eleição, conseguem garantias de que haveria um grande espaço para a iniciativa privada no novo sistema de saúde, com transferências financeiras do Estado (BERTOLLI FILHO, 2010).

O clima efervescente da abertura democrática, a situação insalubre da década de 1970 para 1980 e as discussões internacionais como a da Conferência Internacional de Atenção Primária a Saúde – que tematizavam os principais problemas na área médica, como a verticalização dos serviços médicos, focando nas ações curativas, e deixando-se as sanitárias de lado – geraram o contexto propício para a VIII Conferência Nacional de Saúde realizada na cidade de Brasília, em 1986, quando se pautou a ampliação do conceito de saúde, não apenas como cura. Buscava-se superar a dicotomia entre medicina sanitária preventiva e individual, e a universalização do novo sistema de saúde, a obrigatoriedade de oferta de serviços de saúde pelo Estado, a descentralização dos serviços de saúde, a junção do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) com o Ministério da Saúde para a formação do novo sistema de saúde e a incorporação do princípio da participação popular (AGUIAR, 2011).

Ainda tratando da criação do SUS e da luta sanitária da década de 1990, é importante adicionar a participação de instituições importantes que engrossaram as discussões e a luta, tanto na academia quanto na sociedade no tocante às questões sobre a saúde pública, como o Centro Brasileiro de Estudos em Saúde (CEBES), e a Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO) (FALLEIROS, 2010).

Ainda na VIII Conferência Nacional de Saúde Pública, é formada uma comissão para acompanhar a apresentação das propostas no congresso e a incorporação das propostas na Carta Magna, ideias que viriam a formar posteriormente o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS).

Cria-se, em 1987, a Subcomissão de Saúde, Seguridade e Meio Ambiente da Assembleia Constituinte, quando os grupos progressistas, apesar de discordâncias nos tópicos, e grupos conservadores, em grande parte membros dos conselhos do campo médico privado, são chamados para discutir o novo modelo de prestação de serviço.

Os grupos conservadores, por sua vez, não conseguem impor a emenda de um sistema de saúde privado à parte do sistema público. Contudo, após as discussões, tais grupos se organizam junto aos partidos e políticos conseguindo, a tempo, introduzir uma abertura na constituição para o funcionamento privado complementar ao SUS. Apesar da manobra dos conservadores, é garantido em lei o dever do Estado em oferecer serviços de saúde de forma gratuita e de qualidade e, desse modo, o SUS nasce com diretrizes que versam acerca da universalização, equidade e integralidade (FALLEIROS, 2010).

Os princípios do SUS, baseados em grande parte nas discussões na Declaração de Alma-Ata coadunam de forma marcante com a implantação da atenção básica que, apesar de não ser mais tratada como contrária à medicina curativa, tem um caráter menos imediatista e de planejamento da busca de qualidade de vida com menos gastos e com mais envolvimento da comunidade.

1.9 A reestruturação dos serviços de saúde e da Unidade Básica de Saúde

O nascimento do SUS significou uma reestruturação profunda nos moldes do atendimento de saúde ofertado pelo Estado, mudança proporcionada por princípios e diretrizes atrelados em lei ao próprio nascimento do SUS. A Unidade Básica de Saúde (UBS), por sua vez, é a porta de entrada para o novo sistema integrado de saúde, e mais, as UBS passaram a dividir os municípios por territórios e avançar sobre esses territórios com ações de promoção sanitária.

No começo do século XX, o Estado investia de forma significativa em prevenção através das campanhas sanitárias. Mas, desde a era Vargas, o governo voltou sua atenção de forma séria ao modelo previdenciário/modelo hospitalar, que significou, a princípio, um avanço no sentido de que uma classe, a trabalhadora (pelo menos os trabalhadores formais),

tivesse acesso a serviços médicos clínicos, que até então eram serviços inacessíveis a essa camada da sociedade.

Entretanto, uma classe muito populosa, a dos excluídos, que não detinham uma ocupação formal e que estavam à margem do sistema produtivo, desde o fortalecimento e hegemonia do modelo médico/previdenciário de atendimento passou décadas sem a atenção do Estado, com poucas exceções, como a campanha de vacinação contra a meningite durante o período da ditadura militar.

Assim, um dos princípios do recém-criado SUS, nos primeiros anos da década de 1990, é a *universalidade*, cláusula pétrea da constituição de 1988 que garante que “a saúde é direito de todos e dever do Estado”, junto com o princípio da equidade, que versa sobre o princípio de igualdade, mas com um componente de sentido a mais: tratar todos de forma igual e o diferente de forma diferente, reconhecendo as necessidades singulares dos sujeitos de um território de saúde, promovendo de forma nunca visto no Brasil – apesar das dificuldades de implementação – o acesso a todos os brasileiros.

Outro princípio do SUS, a *integralidade*¹¹, garante que o sistema torne-se coeso, contínuo e integrado: desde o combate à dengue, dos agentes comunitários com a comunidade, até os transplantes de alta complexidade, como parte de um todo, dos serviços de atenção básica, aos serviços de atenção quaternária, respectivamente de baixa a alta densidade tecnológica. Mas a prioridade é a atenção básica, por atender e resolver os problemas da maior parte da população (FALLEIROS, 2010). Assim,

(...) pensar em serviços de saúde que incorporem a diretriz da integralidade implica, quase sempre, a reestruturação dos processos de trabalho tradicionais, centrados no médico, no uso excessivo de tecnologias, desvinculados de ações de vigilância e educação em saúde e sem qualquer preocupação político-social em relação ao processo de adoecimento dos sujeitos. A organização da atenção pautada na integralidade torna necessário, por exemplo, o maior conhecimento da realidade dos sujeitos atendidos a redefinição da recepção/acolhimento dos usuários, a discussão do vínculo e responsabilidade dos profissionais com os usuários/comunidade, o fortalecimento da interdisciplinaridade e do trabalho em equipe, assim como a articulação dos diversos níveis de atenção (FALLEIROS et al., 2010, p. 258-259).

Os postos de saúde já existiam desde a década de 1970, organizados em torno do atendimento médico, quando detinham um papel situacionista, agindo em campanhas e atividades assistenciais e em épocas em que se fazia necessária a vacinação. Contudo, é a partir da criação do Programa de Saúde da Família (PSF), em 1994, que a saúde básica passa a ser uma das principais estratégias do Estado para o atendimento da população –

¹¹ Princípio constitucional do SUS.

acrescentando-se mais profissionais como os agentes de saúde e agentes de endemias – sendo um instrumento importante na execução dos princípios (já citados) e diretrizes do SUS.

A diretriz *descentralização* versa sobre a distribuição dos poderes a níveis nacionais, estaduais e municipais, e junto com os princípios de *regionalização* e *hierarquização*, foram a força motriz para a interiorização dos serviços de saúde através de pactos e acordos entre municípios, estados e com o Estado, além do reconhecimento da população através da perspectiva territorial e regional, pautados em indicadores “(...) populacionais, indicadores epidemiológicos, condições de vida e suporte social (...)” (MATTA, 2010, p. 253). Conforme Matta (2010),

Muitos estudiosos têm analisado o processo de descentralização e municipalização do SUS. Até o ano 2000, 99% dos municípios haviam aderido ao sistema, consolidando o processo de formalização da gestão descentralizada. Apesar de todos os mecanismos de desconcentração política e administrativa do SUS, a União continua a centralizar poder e decisão em razão de seu papel na indução de políticas e organização do modelo de atenção, por meio, sobretudo, de incentivos financeiros. A atuação dos estados na gestão do processo de municipalização tem-se tornado mais burocrática do que aglutinadora de estratégias de negociação por meio de pactose convênios que fortaleçam a rede de ações e serviços de seus munícipes. (p. 258-259).

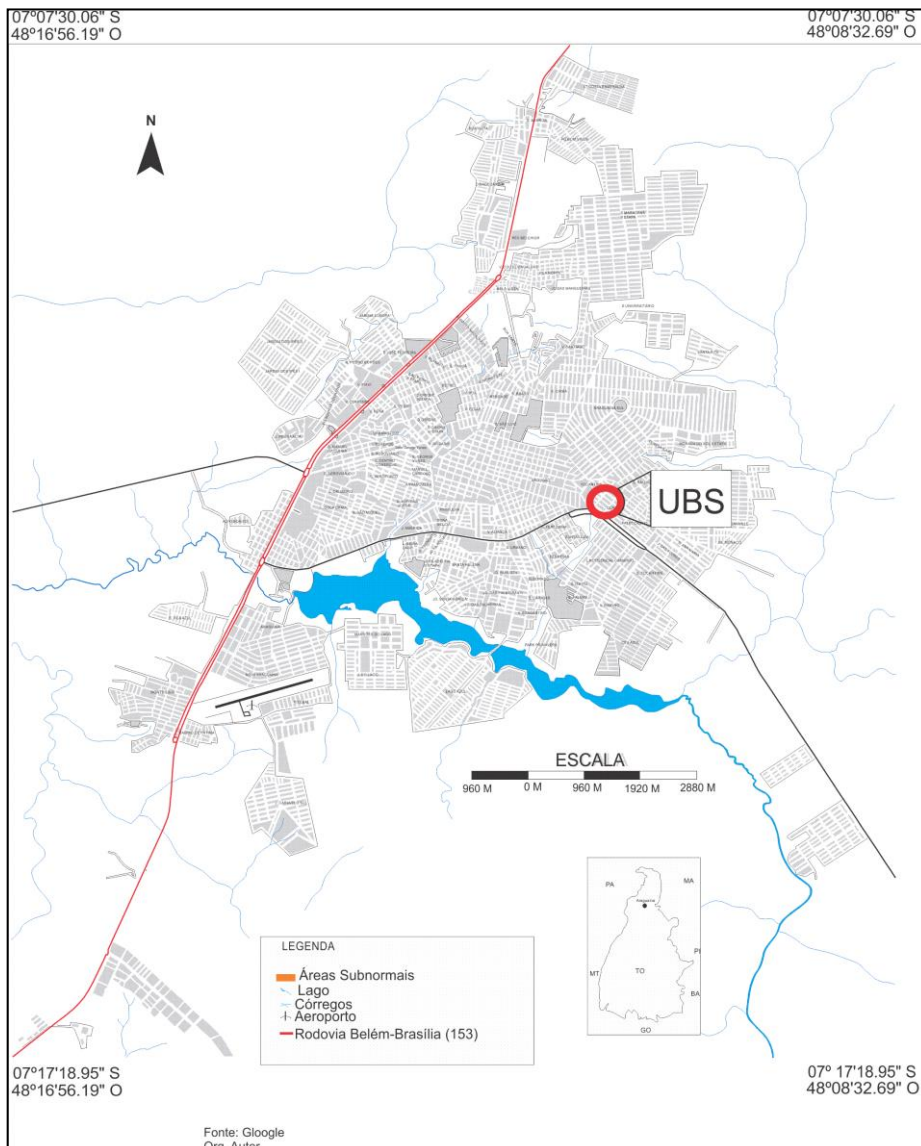
Assim, desde o nascimento do SUS, pesquisadores de áreas de estudos como a saúde coletiva, área interdisciplinar, e os estudos da saúde pública (SOUZA, 2014) fazem críticas a fim de melhorá-lo e aperfeiçoá-lo. Dessa forma, elegemos para nossos estudos uma UBS, a fim de somar nossos estudos aos estudos de muitos pesquisadores da área citada, tendo em vista a quantidade e abrangência de UBS existentes no território brasileiro.

CAPÍTULO II

2. TERRITÓRIO E O TOPOS DA UBS

Este capítulo consiste em um exercício de interpretação de como os sujeitos, trabalhadores/funcionários e usuários de uma Unidade Básica de Saúde enfrentam os problemas da saúde pública no contexto de um espaço que, aparentemente, funciona como um território de controle de acesso (SAQUET, 2007).

Mapa 1- Localização da UBS pesquisada na cidade de Araguaína



A seleção da UBS para a análise de nossa pesquisa serve aos critérios (dentre outros que discutiremos mais à frente) de maior abrangência e maior alcance. Assim, a UBS Araguaína Sul visa a atender diferentes bairros de periferia de uma cidade do Estado do Tocantins, Araguaína, que apresenta, atualmente, aproximadamente 175.960 habitantes¹².

2.1 Mortalidade e morbidade no Brasil

Os dados apresentados nos cadernos de informações de saúde¹³ do Instituto brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e Ministério da Saúde, mostram algumas informações interessantes acerca da saúde pública no Brasil, nos estados e municípios. Sobre a mortalidade, tanto na média geral no país, quanto na média do município de Araguaína, o maior índice é por doenças do aparelho circulatório (grupo de doenças que compreende doenças do coração, cerebrovascular e algumas doenças da circulação pulmonar), com a média nacional em 31% e a média de Araguaína em 34%. Em São Paulo (maior centro urbano quanto a população), a média é de 33%.

Nesses primeiros dados a principal questão que nos chamou a atenção foi constatar que o fator principal de óbitos, tanto na média nacional, quanto na média de Araguaína, não é uma doença que repousa no imaginário social como uma doença perigosa, ou pelo menos não estava entre as doenças que mais preocupava a população, fato observável através da repercussão, nas mídias *mainstream*, dos estudos estatísticos dos cadernos de informações de saúde¹⁴.

Um fator que merece um trabalho futuro é comparar os níveis de mortalidade e morbidade das doenças do aparelho circulatório entre o município de Araguaína e os grandes centros urbanos, como no comparativo com São Paulo apresentado na figura abaixo, que mostra que Araguaína detinha níveis de adoecimento e óbitos nesse quesito superior ao município que detém a segunda maior concentração populacional da América Latina, São Paulo-SP (com seu ritmo acelerado, e alimentação *fastfood* como alimentação diária para muita gente). A área onde hoje é o Tocantins já foi endêmica quanto a doença de Chagas, fato que poderia explicar os dados recentes de óbitos por doenças do aparelho circulatório (doença que afeta também o aparelho circulatório), contudo, dados recentes demonstram que o

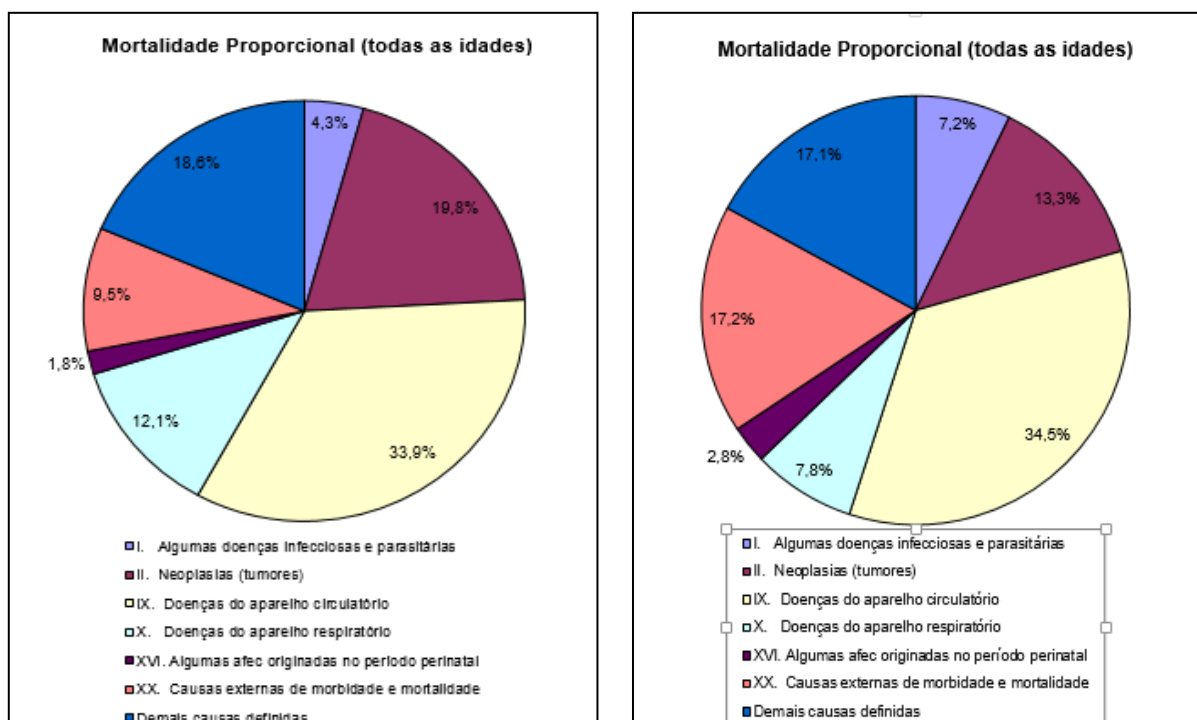
¹² Dados do IBGE, disponíveis em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/to/araguaina/panorama>. Acesso em 28 dez. 2017.

¹³ <http://tabnet.datasus.gov.br/tabdata/cadernos/cadernosmap.htm>

¹⁴ Artigos de opinião: <https://exame.abril.com.br/brasil/as-20-doencas-que-mais-matam-no-brasil/>; <https://www.infoescola.com/doencas/doencas-que-mais-matam-no-brasil/> dentre outros.

Tocantins já chegou a erradicar a doença, e que, apesar de hoje em dia a doença não ser mais considerada erradicada em nosso estado, os diagnósticos são poucos¹⁵ para impactar no resultado de óbitos.

Figura 2 – Níveis de mortalidade e morbidade das doenças do aparelho circulatório entre os municípios de Araguaína-TO e São Paulo-SP



Fonte: BRASÍLIA, 2009.

Outro dado importante são os dados que o IBGE denomina de “causas externas de morbidade e mortalidade”, categorias que aglutinam os dados de *acidentes de transporte*, agressões, dentre outros fatores. Essa categoria, na cidade de Araguaína-TO, é a segunda maior categoria, com 17,2% de mortalidade, sendo que a subcategoria *acidente de transporte* aumentou de 27.1 por cem 100 mil habitantes em 2002 para 42,1 em 2008, e a subcategoria *agressões* teve oscilações entre 2002 e 2008, contudo, no primeiro ano era de 33.1 e subiu no último ano para 41,2. Os índices das duas subcategorias citadas, de 2002 a 2008, estiveram próximos, e sempre altos em relação aos demais índices.

¹⁵ <http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2017/maio/03/001-TO-Relatorio-de-Situacao.pdf>

Tabela 1 – Coeficiente de mortalidade para algumas causas selecionadas (por 10.000 habitantes)

Causa do Óbito	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Aids	2,5	7,5	3,3	3,1	4,6	3,8	2,5
Neoplasia maligna da mama (/100.000 mulheres)	6,6	11,4	6,4	4,6	6,0	8,8	9,8
Neoplasia maligna do colo do útero (/100.000 mulh)	16,6	4,9	9,6	7,7	15,0	7,3	13,1
Infarto agudo do miocárdio	45,8	39,1	55,5	34,5	34,6	30,9	32,7
Doenças cerebrovasculares	88,2	89,0	83,3	87,0	65,3	65,6	78,9
Diabetes mellitus	18,6	11,6	11,4	15,7	21,5	18,8	31,9
Acidentes de transporte	27,1	33,3	39,2	30,6	30,0	40,7	42,0
Agressões	33,1	26,6	29,4	32,9	31,5	23,4	41,1

Fonte: SIM, Situação da base de dados nacional em 14/12/2009.

Essa evidência fortalece o argumento de que devemos tratar a violência também como um problema de saúde pública, trazendo assim uma das maiores características da saúde pública que é a prevenção, no caso através da conscientização e na ampla discussão com a sociedade para a construção de problemáticas que tragam mais soluções:

A saúde pública caracteriza-se, sobretudo, por sua ênfase em prevenção. Mais do que simplesmente aceitar ou reagir à violência, seu ponto de partida reside na forte convicção de que o comportamento violento e suas consequências podem ser prevenidos e evitados (DAHLBERG e KRUG, 2007, p. 1165).

Os primeiros dados indicados por nós, relacionados a óbitos por doenças cerebrovasculares nos impressionaram quando comparados com o maior centro urbano do país, entretanto, quanto a neoplasias (tumores) não se verificou estranhamentos tendo em vista o alto consumo de alimentos industrializados, *fastfoods* e estresse. Em São Paulo, verificou-se, nos cadernos de saúde, 19,8% dos óbitos por neoplasias, enquanto em Araguaína, verificou-se 12,3 % dos de neoplasias.

2.2 O território da UBS

A UBS do setor Araguaína Sul, escolhida para nosso estudo e que está representada na figura abaixo, hoje tem uma abrangência de 10 (dez) bairros (Conjunto Patrocínio, Coimbra, Araguaína Sul I, II, III e IV, Morada do Sol I e II, Tereza Hilário Ribeiro e Presidente Lula), e atende a 58 mil pessoas, mais de um terço da população araguainense. Ela oferta, semanalmente, 15 (quinze) vagas para consultas com médicos, e 15 (quinze) vagas para consultas com enfermeiros. Esses últimos têm muitas limitações em seus serviços, pelo fato de não gozarem dos privilégios que os médicos detêm, como autoridade para prescrever remédios, encaminhar os pacientes para especialistas, deferir sobre internações etc.

Figura 3 – Localização da Unidade Básica de Saúde do setor Araguaína Sul

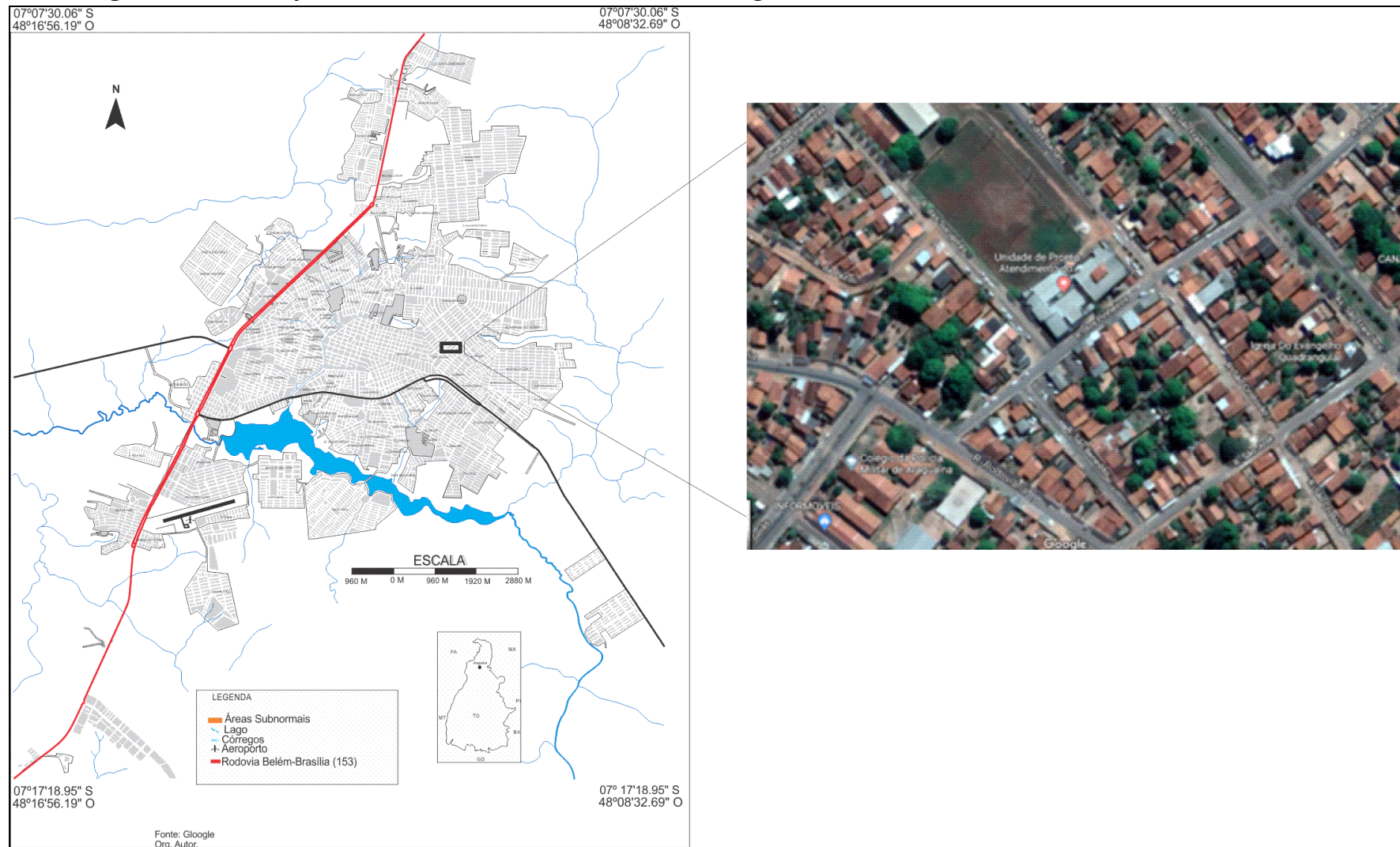


Figura 4 – Vista da Unidade Básica de Saúde pesquisada



Fonte: Google Earth (2017).

A condição atual da UBS é o desdobramento de um processo que resulta da especulação imobiliária, de uma expansão urbana concentrada em alguns pontos da cidade de Araguaína, dentre eles, o lado da cidade correspondente à UBS que, exatamente pela sua abrangência, escolhemos para acompanhar.

Os trabalhadores/funcionários e usuários, além de sofrer com os desdobramentos desses eventos passados, também olham para o futuro com a perspectiva da construção de mais três UBS para a redistribuição dessa população.

Outro dado que guia nossa pesquisa é a necessidade de trazer elementos que possam contribuir para a compreensão dos problemas da saúde pública, dirigidos pelas perspectivas de vida dos trabalhadores/funcionários que representam a massa de usuários do sistema público de saúde.

A primeira fase de nosso projeto consistiu em ir a campo para observar as práticas espaciais de atendimentos na UBS. Procedemos então à coleta de dados gerados pela observação realizada durante 02 semanas, no primeiro semestre de 2017 e registros que elaboramos em diários de campo, que servem aqui como *corpus* de análise.

Para análise, mobilizamos a semiótica discursiva e a semiótica do espaço (LANDOWSKI, 2002, 2014, 2014a, 2015; HAMMAD et al., 2017; SILVA e SILVA, 2017; SILVA, 2017) em diálogo com estudos do território através de autores como Raffestin (2011) e Saquet (2007). Assim, na primeira seção do presente capítulo, fizemos uma análise do que

denominamos como *envelope*, estrutura física produzida como projeto por sujeitos específicos (engenheiros, arquitetos, empresas de arquitetura etc. que respondem pelo projeto) mediante definições de um modelo de atendimento público de saúde estabelecido pelo Estado num dado momento histórico e que, semioticamente, pode ser pensado como instância em termos de um *superdestinador* (GREIMAS, 1975). Em seguida, realizamos uma análise dos *topoi*¹⁶ (HAMMAD et al., 2017), que consiste no espaço pensado a partir de sua ocupação (e respectivas práticas) por sujeitos nas relações com o outro e com os objetos, dentre eles, o que define a própria espacialidade:

A expressão do signo que corresponde a um fazer é chamada topos (...) pelo Grupo107. Um topos é um espaço, um volume que contém pessoas e objetos. É a unidade de três dimensões (geometricamente falando) cujas fronteiras podem ser determinadas considerando simultaneamente os dois níveis de expressão e do conteúdo. (HAMMAD et al., 2017, p. 29).

Concomitantemente, analisamos os regimes de interação, explorados mais à frente, (LANDOWSKI, 2015), que articulam os usos desses sujeitos de diferentes espaços, entre trabalhadores/funcionários que respondem pelo atendimento e entre esses trabalhadores/funcionários e os usuários daquela unidade. Dessas práticas de atendimento que se constituem de interações intersubjetivas e interobjetivas, emergiram sentidos importantes para nosso trabalho. Assim, alinhamo-nos com Landowski na medida em que nos interessou privilegiar os sentidos que emergem nas dinâmicas interacionais:

O que faz a sua especificidade [da semiótica] é uma opção teórica da qual ela não tem o monopólio, mas da qual ela procura extrair todas as consequências, a saber a ideia de uma relação necessária, constitutiva, ligando sentido e *interação* (LANDOWSKI, 2014, p. 11, grifo do autor).

Por fim, cabe-nos explicitar que fomos para a UBS com uma hipótese de trabalho. Partimos do pressuposto de que a estrita programação a que estariam submetidos os usuários, viria a configurar gestos de violência simbólica (SOUZA e BITTLINGMAYER, 2017), naturalizada para os trabalhadores/funcionários no país que demandam de serviços de saúde pública. Essa violência se assentaria na própria hierarquia definida entre os sujeitos (destinadores atendentes e destinatários usuários) e na impossibilidade de chegar às instâncias superiores que definem um modelo de atendimento público de saúde (o próprio Estado).

Por meio da regularidade das práticas, sabe-se que o acesso se faz por meio de burocracia e a administração da UBS passa essa informação através de cartazes que apresentam quando e onde se pode ter acesso aos serviços e nela se ancoram os discursos dos

¹⁶ Plural de *topos*.

primeiros atendentes (trabalhadores/funcionários da UBS) que definem as regras para o primeiro processo de “triagem” (ZILBERBERG, 2011), aquele que possibilitará ao usuário passar para outras instâncias do atendimento e a espaços mais internos. Em termos semióticos, triagem corresponde a uma das grandezas da sintaxe extensiva, relativa ao “estado de coisas”, tendo como contraponto o termo “mistura”:

A mistura corresponde aos processos de mestiçagem, de heterogeneidade, que compreende os “valores do universo” enquanto a triagem remete aos “valores do absoluto”, consistindo em seleções que correspondem a processos sucessivos de “pureza”, num projeto de redução da heterogeneidade. (SILVA, 2017, p. 169).

Sob a ótica espacial, o atendimento final do paciente corresponde à etapa final de processos sucessivos de triagem, que partem do todo dos usuários virtuais, aos atualizados na fila de espera, até o momento em que são vencidos os espaços que separam o sujeito do efetivo atendimento médico. Assentado no regime da regularidade e da normatização (LANDOWSKI, 2014), observa-se a instância fronteira que aponta para a naturalização da impessoalidade e da objetividade, sendo possível, no máximo, a identificação de um *super-destinador*, o Estado, e suas instituições sanitárias, responsáveis por definir o dever ser e o dever fazer do atendimento do sistema público de saúde.

2.3 Lugar, topos e sentido

Tratando de uma forma simplificada, nosso objeto são as *narrativas* sobre os problemas da saúde pública sustentadas pelos sujeitos trabalhadores/funcionários (administrador, enfermeiros, médicos dentre outros) de uma unidade básica de saúde. E, para auxiliar a problematização da interpretação dessas narrativas, pretendemos situar os sujeitos em seus “espaços” sociais e disciplinares específicos.

Com efeito, cabe esclarecer que território, narrativas e discurso, para nós, não representam a divisão entre prática e texto. São os dois considerados tanto práticas quanto textos. Consequentemente, quer dizer que não trataremos as narrativas orais como suficientes para entender a significação (BOURDIEU, 2004), a fala é apenas um dos elementos que utilizaremos para compreender as representações sobre os problemas nos serviços de saúde pública.

O território ao qual estamos nos referindo é a porção do espaço que cada profissional da UBS dispõe para organizar seu trabalho. Na disciplina geográfica, chamamos essa categoria de *lugar* (não confundir com a pré-noção usual) considerando todos os seus

pormenores, como a apropriação afetiva de segurança, negações, medo, apreensão que podemos sentir com relação a espaços específicos – como por exemplo, o sentimento de sequestro que sentimos, depois que entramos no espaço hospitalar, onde não podemos ver nossa família, e temos que acreditar em tudo que nos falam.

Outra perspectiva de *lugar* que guiará nosso trabalho, é a perspectiva de Santos (2002) para o qual é no lugar que, com as técnicas, se produz o território. No lugar também se encontram lógicas horizontais (relações mais locais, como práticas comunitárias da troca, do cuidado com o próximo, do mercado local etc.) e as lógicas verticais (as relações do sistema financeiro com os locais, o controle via *internet* de plantações – às vezes feito de outro país – dentre outras).

Um bom exemplo, é a forma pela qual, aparentemente (observação pré-campo), os médicos se apropriam do território na UBS, onde ficam apenas por algumas horas e logo, com muita pressa, voltam para sua vida fora do “postinho”. O espaço é tido, portanto, como lógica verticalizada, uma lógica que é voltada ao uso temporário e orientado para a locomoção para fora do território, quanto antes possível, sentido que podemos apreender complementarmente através da ótica do regime de interação *rede*, de Landowski (2014).

O espaço que os profissionais da UBS se apropriam para o trabalho, será tomado com a categoria de lugar, mas também com a categoria da Semiótica do Espaço *topos*. Segundo Hammad et al. (2017),

(...) o Grupo 107 considera que o espaço não ganha seu sentido senão em função do uso que dele é feito, do fazer que nele se desenvolve. Esse fazer, posto no nível do conteúdo, exige a presença no nível da expressão de pessoas que se deslocam no ambiente material. Por consequência, se o nível do conteúdo não é senão uma categoria de unidades (o fazer), o da expressão apresenta três componentes: as pessoas, o espaço de seu movimento, e o espaço que lhe é impenetrável (...). A expressão do signo que corresponde a um fazer é chamada *topos* (HAMMAD et al., 2017, p. 29).

O *topos*, dessa forma, aparece como um espaço material, com objetos, pessoas e ações que apresenta um fazer¹⁷, que não se apresenta de forma imediata, muitas ações concorrem ao fazer de um *topos*. O fazer que caracteriza o *topos* é uma ação concreta, mas que também traz consigo a abstração da função desse espaço usado.

Analisaremos muitos *topos* diferentes, contudo, há uma sintaxe básica que garantirá a ligação entre ações, sujeitos e objetos tão diversos. Estamos falando do caminho que um paciente percorre até concluir o último atendimento na UBS, em suas diversas escalas. Um conceito pode nos ajudar a garantir a coerência de uma análise que abrangerá sujeitos,

¹⁷ Elemento da semiótica discursiva que demonstra a passagem de um estado a outro.

lugares, objetos, ações e topos tão distintos, porém relacionais, e em diferentes escalas, trata-se do *território*.

2.4 Territórios e regimes de interação

Através do conceito de território, tentaremos compreender como os sujeitos constroem seus viveres, qual territorialidade constitui esses sujeitos, e como participam de um território que é, ao mesmo tempo, criado por força do Estado e apropriado pela população e trabalhadores/funcionários das formas mais diferenciadas.

Começaremos com um clássico que já carrega algumas marcas importantes para a geografia brasileira. Raffestin (2011) já propugnava, no começo da década de 1980, um território multidimensional, que compreendesse mais do que as dimensões políticas, sustentado, até então, por teóricos da geografia política; que compreendesse mais do que análises marxistas ortodoxas, que privilegiavam a dimensão econômica; e que abrangesse também a dimensão cultural do território (p. 136).

Outro avanço que o autor faz é, segundo Haesbaert (2009), uma constatação importante, que é não confundir os conceitos de espaço e território¹⁸. Para Raffestin, o espaço é anterior ao território. Ou seja, espaço torna-se território a partir do momento que há, por parte de um ator paradigmático, um investimento semântico e\ou de energia sobre o primeiro.

O território, nessa perspectiva, é um espaço onde se projetou um trabalho, seja energia ou informação, e que, por consequência, revela relações marcadas pelo poder. O espaço é a “prisão original”, o território é a prisão que os homens constroem para si (RAFFESTIN, 2011, p. 128).

Salientamos que tal afirmação de Raffestin é muito particular, e que faz sentido dentro de sua teoria sobre o território¹⁹. Levantamos essa questão, pois este ponto traz certo incômodo aos pensadores do território no Brasil, uma vez que a geografia brasileira deu ênfase ao *espaço* como categoria chave, como aparece, por exemplo, nos estudos de Santos (1994), enquanto que os estudos na França priorizaram o território como categoria chave, principalmente após o trabalho *Por uma Geografia do Poder*, de Raffestin (1993).

Ponto alto da teoria e metodologia propugnados por Raffestin, é o que ele denomina de *sistema territorial*, formulação que tenta dar conta de trazer um novo olhar para os estudos

¹⁸ Apesar de elogiar Raffestin por não confundir os conceitos, Haesbert o critica por fazer uma divisão rígida demais. Ver em Saquet e Sposito (2009).

¹⁹ Recentemente, o autor faz as mesmas afirmações (cf. RAFFESTIN, 2009).

do território e do poder na Geografia, que, como o próprio autor pondera, foi em outras épocas, principalmente antes e durante a Segunda Guerra Mundial, muito pautado no Estado.

Raffestin tenta encontrar estruturas profundas do território, uma sintaxe do território que, depois investidas por imagens, diversifica-se e se mostra complexa e sempre diferente, de lugar para lugar – trata-se do sistema territorial. De forma parecida, sustentou Greimas acerca da narrativa.

Dessa forma, há na teorização de Raffestin e nas discussões da Semiótica Discursiva, uma certa confluência de horizontes de sentido, relação potencializada quando mediamos com autores como Landowski, Manah Hammad, Fontanilli, Fiorin, Haesbaert e Saquet, dentre outros que se preocuparam, uns mais e outros menos, com a questão do território e/ou do espaço. Essa interdisciplinaridade, esperamos, será muito proveitosa quando estivermos tratando das ações dos sujeitos no espaço, e dos sentidos que os sujeitos constroem na interação com o outro, aproximando a Sociossemiótica dos estudos do território.

2.5 Sociossemiótica e os estudos do espaço e do território

Uma contribuição que a sociossemiótica pode trazer para os estudos do território é através da análise dos sentidos que os sujeitos constroem diante de fenômenos sociais. Podemos, portanto, trazer ferramentas de trabalho para nos auxiliar a compreender espaços em microanálise. Um bom exemplo dessa possível aplicação, são os regimes de interação espaciais de Landowski (2014), ou mesmo as análises do topos de Manar Hammad et al. (2016) que já citamos acima.

Landowski retoma aos princípios fenomenológicos da Semiótica, dando prioridade ao sensível, afetivo, opondo-se a uma Semiótica formalizada em demasia, pautada em uma “economia” de objetos de valor e majoritariamente dedicada a Semiótica do texto (RAMALHO e OLIVEIRA, 2011). Dessa forma, a Sociossemiótica nasce de uma inquietação encucada em seguidores de Greimas pela obra “Semiótica das Paixões” (GREIMAS, 1993) na qual o autor desenvolve o conceito de “estesia”, buscado em Merleau-Ponty, que estreita a distância entre sujeito-objeto na experiência social. Há, portanto, o *contágio* do sujeito pelo objeto, um dos objetivos que Landowski (1999) persegue (KRUG, 2007).

Importante salientar que, em seus regimes de interação, Landowski não descarta a construção da Semiótica chamada de *standart*. O autor apenas amplia as possibilidades de compreender os objetos trazendo também suas dimensões de sensibilidade. Landowski tenta, ao mesmo tempo, ampliar os objetos da Semiótica.

Um elemento importante que devemos considerar para entender os regimes de interação de Landowski, é que não há uma oposição de sentidos entre estética (racional) e estesia (sensível). Em seu projeto, o autor vê essa oposição de sentidos como um importante objetivo de superação para os estudos de Semiótica (RAMALHO e OLIVEIRA, 2011, p. 1192). Abre-se, dessa forma, uma infinidade de possibilidades de estudos de território, onde, a partir da percepção dos sujeitos, pode-se alçar voos em áreas que exploram desde as relações de troca tradicional ao sensível, como por exemplo, a recepção artística, festivas, dentre muitas outras (retomaremos).

Assim, podemos ter base para análises do território, que Haesbaert denomina de simbólica, aquela que o autor chama de território por apropriação. As categorias de voluta e abismo (Landowski, 2015) são exemplos da potência da Semiótica para compreensão dos fenômenos sociais. Vejamos cada uma delas.

- Abismo

À frente, “sempre recomeçado”, o mar. O horizonte. E atrás, como um rumor confuso, todo um continente. – Ao contrário do mundo bem circunscrito e saturado do passeador do domingo ou do relojoeiro, um universo sem limite, e quase vazio. Um vazio que, não sendo o de distâncias a percorrer para chegar à destinação (como o será para o mensageiro ou o comerciante), impõe-se como a mais paradoxal das presenças. Uma presença por definição irrepresentável. E, no entanto, Turner, os rolos chineses, ou, de Caspar David Friedrich, *O Caminhante sobre o mar de névoa* (LANDOWSKI, 2015, p. 11).

A categoria abismo, se for conveniente, pode facilitar o entendimento de situações de desterritorializações. E, principalmente, seguindo os norteamentos de Haesbaert (2012), situações de territorializações precárias como, por exemplo, as sensações de impotência que os sujeitos tendem a sentir ao não conseguir atendimentos nas UBS, ou a sensação após ser violentado simbolicamente por um médico, e não poder fazer nada. Pode-se aproveitar do depoente, toda a melancolia, saudade e desesperança frente a um território perdido, ou frente a um território desejado, mas que torna-se inalcançável para o sujeito em questão.

-Voluta

Como as configurações efêmeras que florescem sob a batuta do maestro da orquestra ou como o enovelar-se dos passos do touro e do toureiro – ou ainda, sobre o fundo do céu azul, como o vôo giratório das andorinhas – constelações giram sobre si mesmas, até singularidades dinâmicas configurarem-se por ajustamento entre formas em movimento, autônomas mas afins. E em torno desses turbilhões que não se deixam ver senão sob o risco de sentir a si mesmo como arrebatado por seu elã, o resto do mundo, com pouco sabor, por comparação (LANDOWSKI, 2015, p. 11).

A voluta apresenta-se como uma categoria que nos possibilita compreender o movimento entre corpos, ou corpos e objetos, em sincronia. Como algumas pessoas idosas

que compreendem a natureza e a usam a favor de sua saúde, pessoas que se veem em harmonia com a natureza. É o caso do barqueiro com o rio, seu barco e a pesca. O ribeirão usa o movimento da correnteza, ajustando-se como se o movimento das águas fosse o seu próprio.

Esses dois regimes estão para a análise mais sutil, de afetividades, de estesias, ficaremos apenas com a problematização desses dois regimes, *voluta* e *abismo*, os quais são apenas duas categorias que podem ser usadas como ferramentas para se compreender o uso e as representações sobre o espaço.

Traremos aqui categorias que o cientista social pode mobilizar para compreender as relações de poder e econômicas acerca do espaço. São as categorias *tecido* e *rede* (LANDOWSKI, 2015) que podem ser mobilizadas junto com o sistema territorial de Raffestin, como um aporte para encontrar os sujeitos (atores paradigmáticos) dentro do sistema, e suas impressões e julgamentos.

A partir de Foucault, Raffestin (2011) pensa em um sistema que encontre o poder vindo de baixo, não apenas de cima, do Estado. Assim, o sistema territorial, uma sintaxe espacial, abrange as ações das instituições, empresas e coletividades.

A partir de uma representação, os atores vão proceder à repartição das superfícies, à implantação de nós e à construção de redes. É o que se poderia chamar de “essencial visível” das práticas espaciais, ainda que malhas, nós e redes não sejam sempre diretamente observáveis, pois podem pura e simplesmente estar ligados a decisões (RAFFESTIN, 2011, p. 134).

Trata-se de tentar compreender o poder nas práticas espaciais, como diria Raffestin: “Esses sistemas constituem o invólucro no qual se originam as relações de poder” (RAFFESTIN, 2011, p. 135).

Dessa forma, pensamos que o sistema territorial pode ser interessante para compreender como se configura o território de uma UBS. Os nós, as redes e a tessitura que sustentam as práticas sociais e as relações de poder. Em um nível de significação um pouco mais concreto, do ponto de vista do enriquecimento semântico, podemos usar os regimes de interação para encontrar os sujeitos com suas ações, afetividades, negociações, resistência e teremos, então, mais elementos para compreender o comportamento dos sujeitos quando representarem o problema da saúde pública.

As generalizações a que chegaremos para a compreensão do território que os sujeitos se inserem para organizar suas vidas, requerem dos estudos do território, conceitos, metáforas, que correm o risco de não serem suficientes. Dessa forma, apesar de interessante, a

abordagem de Raffestin sobre o território em um nível de abstração um pouco mais concreto do ponto de vista semântico, requer conceitos plurais diversificados.

Nesse sentido, Fontanilli (2014) demonstra como a geografia, as ciências sociais e determinadas sociedades figurativizam e tematizam (representam) o território. E com objetivo específico, Fontanilli se pergunta se podemos compreender o território como *forma de vida*, assunto que pretendemos voltar um dia. Contudo, importante para nós é constatar a profusão de ideias acerca do território.

Percebe-se que, às vezes, trata-se de uma situação em que o analista tem que compreender qual concepção de território possibilita representar uma dada coletividade.

Por isso, e para ser coerente com nossa discussão introdutória sobre a natureza dos conceitos, mais até do que traduzir “o que é” ou o “ser” do território, trata-se de discutir seu devir, isto é, em que problemáticas nos envolvemos e o que efetivamente fazemos ao acionarmos e/ou ao produzirmos nossas concepções de território – sempre em aberto, portanto, para sua própria reavaliação/renovação. (HAESBAERT, 2009, p. 107).

Compreender o território em seu devir, é compreender as problemáticas que sustentam, que possibilitaram a construção dos conceitos, sempre em reavaliação com as experiências sociais observadas. Haesbaert (2009) sugere que

Os conceitos, como referido inicialmente, são moldados através de problemáticas sociais geo-historicamente contextualizadas. Com “território”, obviamente, não é diferente. Como já afirmamos em trabalho anterior, o território “define-se antes de tudo com referência às relações sociais (...) e ao contexto histórico em que está inserido”, “os elementos-chave responsáveis [e os sujeitos envolvidos] por essas relações diferindo consideravelmente ao longo do tempo” (Haesbaert, 2004, p. 78). Essa contextualização histórica do território é, portanto, fundamental. Desse modo, qualquer tentativa de generalização nesta temática, evitando fazer do território mais um conceito passe partout, deve considerar, antes de tudo, a perspectiva temporal em que os processos de des-territorialização estão ocorrendo. (HAESBAERT, 2009, p. 108).

Assim, para o autor, os conceitos construídos pela ciência, no caso o de território, são possibilitados pelo contexto em que o cientista está inserido, tendo como objeto de estudo os sujeitos, que se transformam com a história, possibilitando assim, novas concepções de território.

Indo um pouco mais longe, podemos afirmar que, às vezes, os conceitos de território que o cientista usa, podem estar em desacordo com a compreensão de território usada por uma dada comunidade social. Metodologias de pesquisa, como a observação participante, por exemplo, podem possibilitar construir coletivamente as categorias usadas na pesquisa e elevar a voz dos sujeitos, ao invés de escondê-las.

Dessa forma, pretendemos nos munir de conceitos múltiplos, pensados em relação a problemáticas e teorias diferentes e relacionados a realidades diferenciadas, como os conceitos de multiterritórios, e multiterritorialidade (HAESBAERT, 2004), territórios de i-mobilidade e estratégias de contenção territoriais (HAESBAERT, 2009), dentre outros.

Os conceitos em questão, de Haesbaert, são uma tentativa do autor de compreender as dinâmicas espaciais em nossa época. Época de imigração acentuada, usos de múltiplos espaços propiciados pela tecnologia (2012), controle e contenção da vida, bipolíticas através da técnica da medicina, genética, dentre outras áreas do saber, além de formas de controle materiais como muros construídos mundo afora (HAESBAERT, 2009).

Outro autor que pode ser interessante para nossos estudos, é Saquet (2010; 2011) que se preocupa, dentre muitas coisas, em introduzir o conceito de paisagem nos estudos do território, além de expandir as concepções acerca do território entendendo-o não apenas como material ou imaterial, mas como i-material, além de trazer importante contribuição acerca dos estudos da territorialidade, relacionando-a às temporalidades, assim complexificando a nossa compreensão acerca da produção dos territórios, para dizer minimamente.

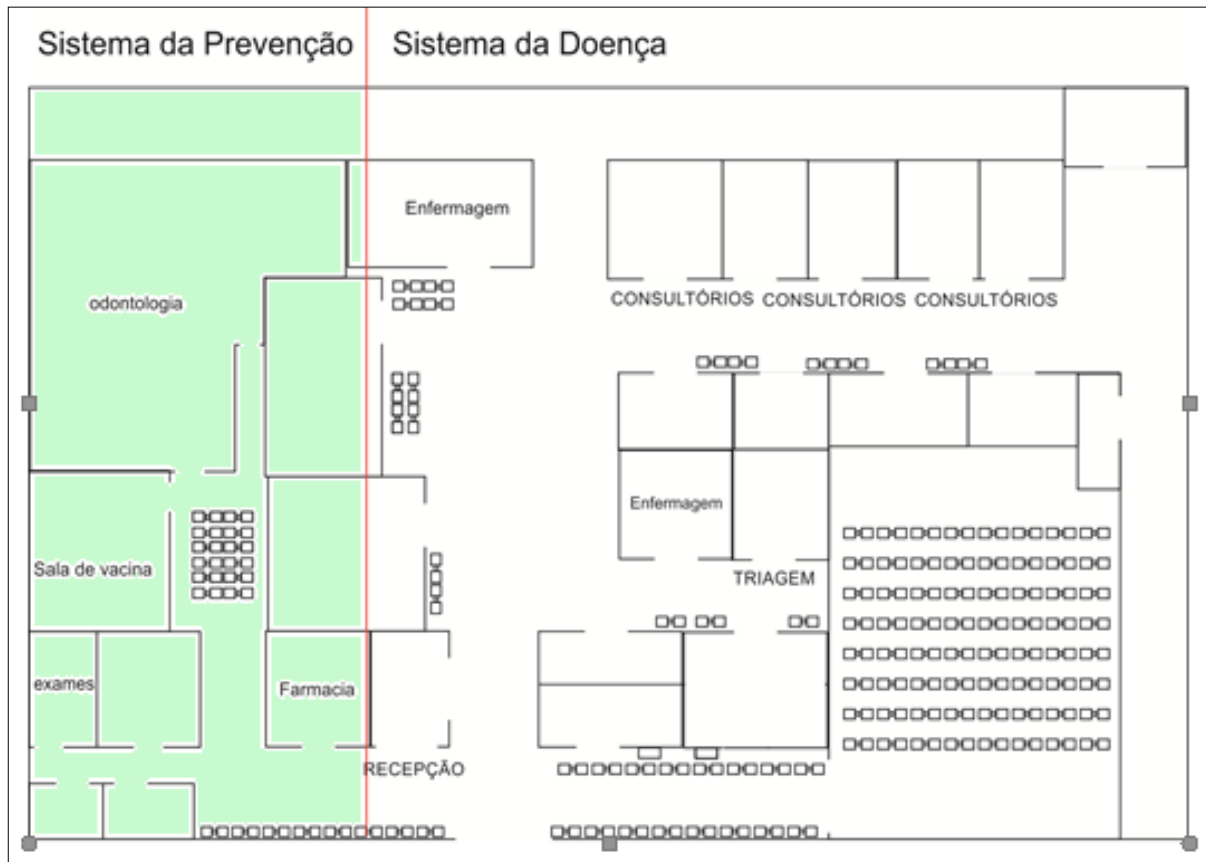
O presente capítulo metodológico teve como principal meta fazer um exercício de construção e cerceamento de nosso objeto de pesquisa. Ponderamos sobre a importância para nós de ter a interdisciplinaridade como princípio de pesquisa – interdisciplinaridade entre os estudos do território, da Semiótica discursiva e da Sociossemiótica.

Assim, tentamos demonstrar as ferramentas que podemos tirar desses campos para análises do nosso próprio objeto, relacionando-as com as possibilidades de análises – que representam nossas hipóteses – dos dados que serão gerados. O leitor deve tratá-las como hipóteses de trabalho, orientadas pelas teorias e metodologias mencionadas.

2.6 Do espaço programado

Inicialmente, dividimos o espaço em três sistemas de sentido. Observamos as práticas com o cuidado do olhar a ênfase na interação dos sujeitos com o espaço e com a técnica, aqui considerada em sentido *lato*. Buscamos subtrair dessas dinâmicas as regularidades, aqui denominadas como “sintaxes”, o que nos levou à seguinte categorização: a) *sintaxe da doença*; b) *sintaxe da prevenção*; e um sistema mais geral, de onde os sentidos fazem-se notar através da observação do *espaço*, através da *paisagem*, que pressupõe um arquiteto, ou projetista (individual ou coletivo) desse espaço, o qual denominamos arbitrariamente de c) *envelope* (Figura 6).

Figura 5 – Croqui dos Sistemas da Prevenção e da Doença



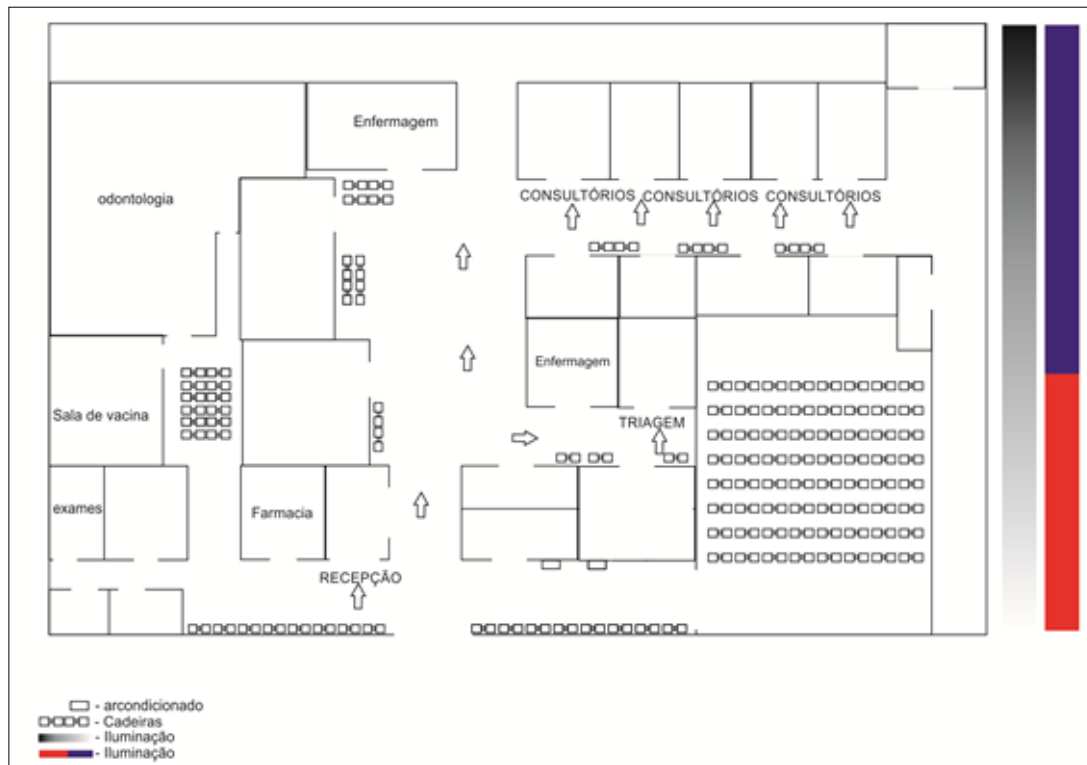
Fonte: Elaborada pelo autor.

Após apresentar adequadamente tais sistemas interacionais e constituidores de sentido, compararemos alguns aspectos que pareceram-nos interessantes acerca da constituição do funcionamento programado e como tais sistemas se amparam um nos outros.

Começaremos pelo *envelope*²⁰. Esse sistema constitui-se de todo o espaço de formato retangular da UBS, englobando e subordinando as demais sintaxes. Para esse sistema, dirigimos um olhar mais geral e focado na constituição do espaço “físico” (HAMMAD et al., 2017), o que nos levou a identificar oposições semânticas da tensão entre restrição e acesso, mediante os mecanismos de interdição e triagem. A unidade de saúde é pública, mas seu funcionamento compreendendo práticas, acesso e trânsito obviamente se define pelo sistema da UBS. Estar ali é, portanto, submeter-se aos limites e possibilidades previstos por esse sistema, por essa dominação.

²⁰ Essa noção que apresentamos, além de bastante funcional, trata-se de uma homenagem ao texto de Mannar Hammad et al. (2016).

Figura 6 – Elementos Simbólicos no Espaço; Iluminação e temperatura



Fonte: Elaborada pelo autor.

Observamos que o primeiro espaço, o da Recepção, é bem iluminado por grandes janelas, o que nos permite uma visão preliminar antes mesmo de entrar na edificação. O corredor é alongado e ocupa quase toda a extensão da parte frontal do prédio. Dispõe de cadeiras encostadas nas paredes, de uma ponta à outra, com ventiladores fixados na parede oposta. Essa configuração denota uma espera certa, como instância que vai definir quem pode ou não passar às etapas sucessivas do atendimento. A despeito dos ventiladores, o ambiente é quente e muito abafado. O formato alongado da Recepção se justifica por permitir o acesso a todos os demais ambientes internos. Aparentemente, o ambiente pede uma certa familiaridade com postos de saúde, pois o ambiente aberto com salas com acesso direto, parece convidar o sujeito a procurar por si a sala na qual deseja atendimento (farmácia, sala de vacina, sala de entrega de exames, dentre outras). Esse convite parece não valer para o sistema da doença.

Na extremidade direita do corredor da Recepção (Figura 7) encontra-se um auditório há muito não utilizado. A disposição das cadeiras diz um pouco sobre o tipo de pedagogia propugnada para ser aplicada no posto de saúde, uma pedagogia da transmissão de conhecimento, de natureza bancária. Ainda no espaço da Recepção há traseiras de aparelhos de ar-condicionado das salas adjacentes jogando ar quente nesse primeiro ambiente, além de baldes no chão aparando a água que deles cai. A Recepção serve ainda como portal de entrada

que leva para os consultórios, pressupondo a necessidade de vigilância e o controle do acesso dessa área.

Na Recepção, há também um elemento que, a nosso ver, define os espaços de tratamento de doença como um sistema: são os prontuários. O prontuário, que é a ficha que consta os antecedentes do paciente, acompanha o sujeito usuário da UBS para onde o mesmo se deslocar, que tende a ser para a triagem e depois para o consultório. Contudo, pode ser que o sujeito, da triagem, prossiga para outros espaços, como por exemplo, para uma enfermaria, onde se podem fazer procedimentos diferentes, como um curativo, exames preventivos, acompanhamento neonatal etc. Esse documento traz uma espécie de representação do histórico de saúde/tratamento do sujeito, sendo atualizado enquanto o sujeito se desloca. Primeiro segue o prontuário, que é examinado, para só depois o sujeito ser chamado.

Saindo da Recepção, o sujeito é encaminhado para a Triagem²¹, devendo passar por um vigilante armado que, à primeira vista, está fiscalizando a entrada dos sujeitos usuários. O corredor da triagem já é um pouco mais escuro, entra iluminação apenas por uma porta que leva ao fundo do auditório não utilizado. No espaço da Triagem, faz-se a primeira atualização do prontuário. Toda a ação visa representar a saúde dos sujeitos usuários, através de dados coletados por meio de instrumentos técnicos.

Avançando para o fundo do prédio, e ainda à direita, encontra-se o próximo espaço, que ocupa a metade do comprimento destinado à Recepção. Trata-se do espaço da espera da consulta médica. Tem o formato de corredor bem simples e escuro, pois é longo e a luz entra apenas pelas extremidades. Há luz artificial que, contrastando com a luz do dia, torna-se insuficiente. Nesse local, há bancos colados à parede, que sinalizam mais uma vez a estaticidade e o tempo a ser despendido pelo usuário.

O último espaço situa-se no fundo do prédio, em frente ao da Espera. Corresponde ao espaço dos Consultórios, que, por não estarmos ali na condição de pacientes, não pudemos entrar, conforme a lógica de funcionamento do sistema. Observamos apenas os consultórios vazios e rapidamente.

Contudo, temos uma observação a fazer sobre a clínica. Estivemos dois dias na porta da clínica, convivendo com os usuários e uma questão nos chamou a atenção. Foi o fato de a médica mudar uma conduta durante os dias de nossa observação: a porta do consultório que normalmente ficava apenas encostada, passou a ser trancada com chave. Os técnicos da Triagem, que normalmente têm acesso à sala, passaram a não ter. Houve algumas vezes que

²¹ Denominação específica na área da Saúde.

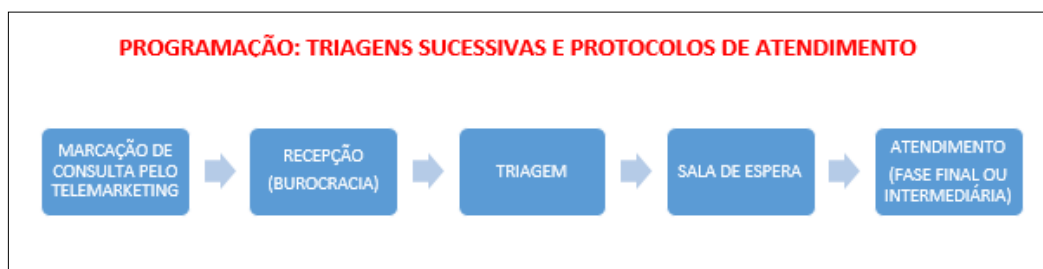
os técnicos chegavam até a porta e, constatando que a mesma estava fechada, voltavam irritados com a mudança.

Do ponto de vista do plano da expressão, além da questão da iluminação cada vez mais diminuir, a temperatura também marca um ritmo. Enquanto nos espaços de espera a temperatura é ambiente, nos espaços de atendimento (com exceção da recepção) a temperatura é mais baixa, refrigerada (Figura 7). Passar pelas triagens sucessivas é, portanto, seguir do mais claro e mais quente para o mais frio e menos iluminado.

Além de haver nesses espaços uma oposição de temperatura de quente (que invoca sentidos de incômodo, abafado, agonizante e aleatório) e frio (confortável, climatizado, organizado), há também uma gradação de luminosidade no percurso do atendimento, gerando uma sensação de transição de uma paisagem pública, aberta e acessível, a uma paisagem individualizada, fechada e privada do consultório. A gradação vai dos ambientes mais iluminados da Recepção (iluminação em excesso), passando pelo corredor da Triagem, um pouco mais escuro. A área de espera da Triagem e dos consultórios já foi iluminada por uma claraboia no teto, contudo, o espaço foi modificado e adicionaram forro, possivelmente porque, considerando a temperatura média da cidade, contribuía para o aumento do calor.

Pelo modo como descrevemos o funcionamento do sistema, podemos depreender que ele segue sua programação, observando o regime da máxima regularidade (LANDOWSKI, 2015), com exceção do espaço do Auditório, inutilizado do ponto de vista de ações educativas de prevenção de doenças e do ponto de vista de sua redefinição para novos fins. Quanto aos demais, cada espaço tem sua função, sendo a localização não aleatória, mas em benefício do funcionamento regado do sistema (Figura 7).

Figura 7 – Representação das práticas sucessivas empreendidas pelo usuário da UBS até o consultório



Fonte: Elaborada pelo autor.

Do ponto de vista do território, podemos observar a regularidade da territorialidade através da observação dos fluxos da Figura 8, e podemos perceber também o aspecto *controle*, que é um dos elementos do território de Sack:

A territorialidade, esta “qualidade necessária” para a construção de um território, é incorporada ao espaço quando este media uma relação de poder que efetivamente o utiliza como forma de influência e controlar pessoas, coisas e/ou relações sociais – trata-se, simplificando, do controle de pessoas e ou/ de recursos pelo controle de uma área (HAESBAERT, 2005, p. 86).

A escala aparece também como um elemento importante para Sack, pois o controle do espaço e da territorialidade que caracteriza um território, o faz em uma sala, em uma instituição, em um bairro, em uma cidade etc.

2.7 Sintaxe da doença

Esse percurso que denominamos “sintaxe da doença” é constituído pelo percurso do sujeito que se encontra em disjunção com a saúde e, por isso, procura a UBS. Nesta seção específica, nós o consideramos a partir do momento em que entra no posto de atendimento, buscando o seu objeto de desejo – a cura para a enfermidade – e confiando numa promessa segundo um dado acordo fiduciário²² preestabelecido com o destinador (sistema de saúde pública) tido como uma pressuposição.

No sistema da doença, que começa no espaço da Recepção, os sujeitos trabalhadores/funcionários recebem os sujeitos usuários. Três trabalhadores/funcionários normalmente compartilham a tarefa de receber o usuário, checar informações no sistema, atualizar dados cadastrais, procurar o prontuário e, a partir disso, se o usuário estiver devidamente qualificado (ter passado pelo processo burocrático de agendamento da consulta), então será encaminhado para os próximos estágios dessa sintaxe.

Esse percurso é importante para a análise, por ser um caminho longo e burocrático, e pelo fato de que o sujeito que busca um tratamento estaria, em princípio, em uma situação de fragilidade tanto física quanto emocional. Assim, construímos nossa hipótese de trabalho pressupondo que os sujeitos estariam também dominados simbolicamente (dominação legítima no léxico weberiano) pelo aparato burocrático do sistema de saúde tendendo, portanto, mais à passividade e à conformidade, na condição de destinatários assujeitados, nos

²² Para a semiótica standard, as relações entre os sujeitos se dão mediante o estabelecimento de um acordo fiduciário, que define os papéis actanciais de destinador (o que leva um segundo sujeito a fazer X) e um destinatário, que se move em direção ao objeto valor, a partir da ação de manipulação do destinador. (Cf. GREIMAS e COURTÉS, 2008).

moldes colocados por Bourdieu quando descreve o poder simbólico: “O poder simbólico é, com efeito, esse poder invisível o qual só pode ser exercido com a cumplicidade daqueles que não querem saber que lhe estão sujeitos ou mesmo que o exercem (Bourdieu 1989, p. 7-8). A violência simbólica, por sua vez, é o exercício desse poder sobre os dominados, nesse sentido, quando os sujeitos usuários estivessem em interação com sujeitos trabalhadores/funcionários, representantes ali legitimados pelo Estado, estariam autorizados a estender violência simbólica na interação com os sujeitos usuários.

Nos dias em que observamos a UBS em questão, houve muito tumulto e interações mais polêmicas que contratuais²³. Um dos motivos foi a queda constante do “sistema” de informática, que gerencia as consultas agendadas por telefone, causando insatisfação dos sujeitos usuários, os quais, estando em disjunção com o objeto de desejo mais imediato (a consulta), passaram a reivindicar seus direitos à saúde, longe da passividade prevista.

Outra situação que causou um estado de polêmica entre os sujeitos trabalhadores/funcionários e os sujeitos usuários se deu nos últimos dias de nossa observação, quando um médico teve problemas de saúde e, em função disso, se afastou do trabalho. Sua esposa também era médica na UBS e necessitou de licença para acompanhar o marido. Nessa situação, se repetiu o mesmo processo: os sujeitos usuários se mostraram indignados e demonstraram tal insatisfação aos sujeitos trabalhadores/funcionários, resultando na quebra contratual entre os sujeitos.

Os sujeitos usuários, já no primeiro espaço observado, a Recepção, mostraram regularmente uma grande insatisfação com o excesso de burocracia e com os argumentos indiferentes dos funcionários da recepção da UBS de que “não poderiam fazer nada”. Ouvimos muitos sujeitos verbalizarem ironias para os funcionários, fazendo referência aos impostos pagos e à má qualidade dos serviços públicos ofertados pelo Estado.

Os sujeitos trabalhadores/funcionários, por sua vez, tendem a apoiar-se completamente na burocracia, realizando seu serviço de forma controlada e previsível: tudo tem seu lugar e sua ordem. Assim, tenderam ao que Landowski (2014a) designou como regime da programação. Analisando o espaço da Recepção temos bem definidos dois *topoi*: um primeiro *topos* seria aquele ocupado pelos trabalhadores/funcionários da UBS, menor, centralizado no longo corredor, caracterizado pela concentração dos sujeitos; e um segundo *topos*, o do público, composto pelos usuários, caracterizado pela aglomeração, instabilidade e dispersão.

²³ As relações seriam contratuais quando destinador e destinatário compactuam do mesmo sistema de valores e crenças. As polêmicas ocorrem quando não ocorre essa partilha.

O primeiro topos corresponde a um espaço de contingência, de controle do acesso, nos moldes territoriais de Sack. Dessa forma, nas situações de tensão dadas pelo não atendimento aos usuários, os sujeitos trabalhadores/funcionários foram vistos como anti-sujeitos à medida que eram tidos como culpados pela quebra contratual, impedindo os usuários de gozar dos benefícios acordados com o Estado: “pague seus impostos e tenha direito a serviços de saúde”.

A forma que entendemos o território, assim, se transformou. Como elementos constituintes dessa situação polêmica instaurada nas primeiras horas de observação, aquele impasse já envolvia três categorias: dois sujeitos, o usuário e o trabalhador/funcionários, mas também o Estado em suas muitas instâncias. As relações de poder em Raffestin (1993), dessa forma, passaram a ter um papel importante na nossa compreensão daquele momento em diante.

Nos dias em que houve atendimento normal, acompanhamos os sujeitos usuários até a Triagem. Observamos os sujeitos nesse segundo espaço durante alguns dias, quando o regime de interação tendeu também à programação, embora, com exceções, os sujeitos trabalhadores/funcionários se deixassem eventualmente afetar por dramas pelos quais os sujeitos usuários passavam. Chegaram a nos compartilhar alguns desses sofrimentos, depois que os sujeitos usuários deixavam o local, denunciando então mais o afeto, comum ao “regime de ajustamento”, quando se sente o sentir do outro (LANDOWSKI, 2014a). Rompendo a indiferença da prática de cumprir protocolos de atendimento, os trabalhadores/funcionários se compadeciam do sofrimento dos doentes.

As práticas do dia a dia na Triagem consistem em aferir pressão arterial e taxas de glicemia, verificar peso, medir altura, anotar, dar vitaminas para crianças, dentre outras. A função que define esse espaço, a nosso ver, não é exatamente fazer triagem do ponto de vista de uma seleção propriamente dita, mas de *qualificar* o sujeito realimentando o prontuário que vai ser encaminhado para o consultório. Estar ali é ter anunciado que o atendimento será realizado. Ao mesmo tempo, os profissionais da Triagem estão, aparentemente, mais próximos dos médicos do que qualquer outro funcionário da UBS, pois têm acesso à sala da clínica, cumprindo o papel de adjuvantes. Entram com frequência na sala para deixar prontuários e depois para pegá-los de volta, situando-se no trânsito entre os espaços e as seções da UBS.

No último espaço que pudemos observar, o corredor das clínicas, houve uma palestra improvisada. Segundo o coordenador, sempre há esse tipo de palestra ali, embora o correto fosse usar o auditório.

Nesse corredor da clínica, os sujeitos usuários costumavam conversar, trocar experiências e falar sobre assuntos variados. Nesses assuntos, conseguimos notar uma regularidade: as conversas sempre tendiam a assuntos em que os sujeitos concordassem, sempre tendiam à “conjunção” e à identificação com o outro, ou ao ajustamento. Partilham dores, experiências de tratamento bem e mal sucedidas, assim como assuntos corriqueiros de política e assuntos gerais.

Nesse terceiro espaço, os sujeitos usuários sempre tendiam à calma e resignação à espera dos médicos, mesmo quando o médico demorava a chegar. Quando atendidos, tratavam os médicos pelos respectivos nomes, fazendo uso do pronome “doutor(a)”, e tendiam a ser reconhecidos eventualmente pelos mesmos. Por relatos dos sujeitos usuários, entendemos que o regime no espaço clínico, tendeu-se a ser via manipulação (LANDOWSKI, 2014a). O ritual previsto é que os médicos examinem os sujeitos, com certo distanciamento, ainda que ouvindo e fazendo as devidas anotações. Após as consultas, os prontuários retornam para o espaço da Recepção, onde ficam armazenados, à espera do retorno do usuário atendido.

2.8 Sintaxe da Prevenção

O último sistema, o da Prevenção (ver em Figura 6), tem acesso mais livre para os sujeitos usuários que chegam à Recepção, uma vez que, identificado o interesse, são, imediatamente, encaminhados para diferentes salas, como a destinada à vacinação. Normalmente, atende-se por ordem de chegada e as pessoas que constituem a fila organizam-se sentadas. Quando o primeiro da fila se levanta para ser atendido, o próximo senta-se no seu lugar, e assim sucessivamente.

Esses espaços são reconhecidos como “inferno” pelos sujeitos/trabalhadores/funcionários, por causa das situações mais tensas entre os actantes. No sistema da prevenção, foi onde a resistência aconteceu com maior força – contra a dominação simbólica – em nossa observação. O sujeito encaminhado, lá chegando, requisita uma vacina, e caso não haja, a situação polêmica está instaurada. Nesse caso, o sujeito trabalhador/funcionário responde pelo Estado e deve lidar diretamente com a frustração do sujeito usuário, tentando consolá-lo com uma nova data, estratégia que percebemos não funcionar mais. Muitos sujeitos usuários voltavam várias vezes para se vacinar, sem obterem sucesso. Frustrados, chegavam a ir embora xingando, especialmente pela ausência das vacinas previstas pela campanha (na ocasião, contra a febre amarela).

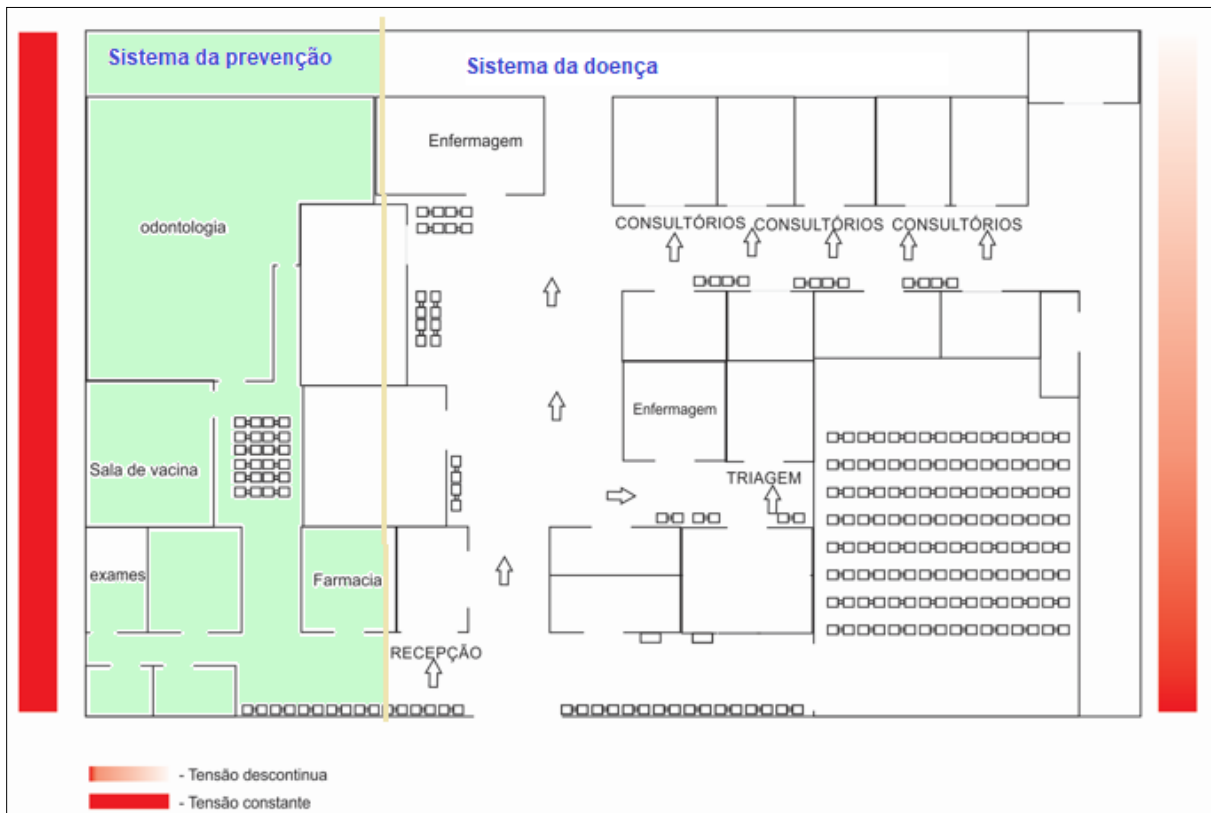
Igual tensão se dava na sala de exames, uma vez que, raramente, havia exames para serem entregues aos sujeitos usuários. Nesse contexto, um dia ouvimos a reclamação de um usuário que estava visivelmente transtornado, falando alto que uma enfermeira (trabalhadora/funcionários da UBS que ele julgava ser enfermeira) estava passando “os dela” na frente. Esse detalhe nos chamou atenção, pois já esperávamos ouvir sobre esse tipo de prática na segunda parte de nossa pesquisa – momento que entrevistamos usuários e trabalhadores/funcionários da UBS, contudo, não esperávamos ver e ouvir sobre esse tipo de prática na UBS. Assim também aconteceu no consultório odontológico (que estava atendendo apenas emergências), na farmácia, na sala de exames (que faltou materiais) etc.

Assim, embora haja seções específicas no espaço de Prevenção (para vacinas, exames, atendimento odontológico etc.), forma-se um subsistema que tem como traços comuns a função (ações de prevenção e acompanhamento de tratamentos), mas também a inoperância entre o que se promete (a própria existência dos espaços seriam promessa de atendimento) e os serviços efetivamente prestados. Como os usuários não têm como se revoltarem contra o Sistema Público de Saúde, responsável pelas UBS, o Estado, destinador imaterial, não reconhece nos actantes trabalhadores adjuvantes, mas anti-sujeitos que incorporam o mau funcionamento dos serviços públicos. As relações de conflito, contudo, não concorrem diretamente para a mudança da situação, porque o poder está deslocado para um espaço indefinido, um topos inalcançável, o do poder público.

Retomando nossas considerações sobre o sistema do envelope, que, como já ponderamos, cobre os outros dois sistemas, podemos dizer que a característica simbólica de gradação da iluminação, não foi observada no sistema da prevenção. A única processualidade dos serviços observados no sistema da prevenção foi a espera, quando havia fila, situação rara quando não há campanhas (de vacinação, de ofertas de exames etc.).

Outro aspecto importante é que, no sistema da doença, a tensão tende a ser maior na área de contenção (Recepção), enquanto vai se diluindo à medida que o sujeito usuário adentra para áreas mais restritas. Já no sistema da prevenção, a tensão tende a ser pouca nos setores de espera (com exceções), contudo, quando o acesso acontece, é muito comum haver interações polêmicas por causa da falta de materiais e por causa da falta de resultados de exames. Para representar essa distinção, organizamos o esquema a seguir, no qual as gradações do vermelho indicam a diferença entre as tensões mais fortes (vermelho mais intenso) e as mais diluídas (gradações mais claras, do vermelho em direção ao branco).

Figura 8 – Gradações relativas a tensões nas interações entre sujeitos usuários e trabalhadores/funcionários



Fonte: Elaborada pelo autor.

Somamos a essas observação outra questão que se mostrou uma regularidade interessante: quase todos os sujeitos trabalhadores/funcionários – enfermeiros, técnicos, auxiliares administrativos e de serviços gerais – parecem estar em conjunção com uma identidade de funcionalismo público, como uma categoria de pertencimento. Parece haver um reconhecimento no outro como “amigo de trabalho”, como aconteceu nos momentos de pausa, quando os funcionários se encontravam em uma cozinha ao fundo da UBS.

Todavia, uma categoria de trabalhadores/funcionários parecia não se encaixar na identidade de funcionário público: os médicos. Em primeiro lugar, detêm uma sala reservada, e suas agendas parecem funcionar de forma “orgânica”, se encaixando nos outros trabalhos exteriores à UBS, como clínicas de iniciativa privada. Há, ainda, a hierarquia da função que, obedecendo ao imaginário social, delega ao médico um status de superioridade frente aos demais trabalhadores da saúde, formando, a nosso ver um sistema territorial, com tessitura (regiões da UBS, sintaxe da prevenção e da doença) como nós (salas e corredores) e redes, no caso fluxos de usuários e informação, mas principalmente com tensões variadas.

O sistema da doença todo funciona com “protocolos” (contratos) que substituem o mando e condicionam a obediência, em favor de uma posição de privilégios e de imposição de dominação simbólica legítima. Dessa forma, a categoria dos médicos, apesar de aparecer em nossa análise com comportamentos de disjunção ao funcionalismo público, aparece-nos como categoria articulada, de forma a serem aceitos assim. O Estado funciona como um meta-campo, que regula a disposição dos campos específicos dentro do próprio Estado. Assim, os privilégios e a situação de dominação que os médicos gozam dentro da UBS é anterior à sua própria ação e garantida por seus pares que lutaram outrora pelos privilégios e dominação dentro do Estado:

A acumulação do processo de concentração de diferentes formas de capital: capital da força física ou instrumentos de coerção (exército e polícia), capital econômico, capital cultural, ou melhor, capital informacional e capital simbólico. Na sua concentração, o Estado se coloca como pilar de uma forma de metacapital, garantindo o poder sobre outras formas capital e seus portadores. (SWARTZ, 2017, p. 85).

Desse modo, os sujeitos usuários, no último estágio no sistema, que chamamos de sistema da doença, têm de interagir com um sujeito dotado de capital científico, social e simbólico. Assim, encontramos sujeitos dispostos a esperar de forma “passiva” a chegada dos médicos, que às vezes ultrapassam algumas horas.

O Estado, como banco de crédito, tem um importante papel no funcionamento, na reprodução e na dominação nos espaços de uma UBS, onde sujeitos trabalhadores/funcionários específicos, médicos e enfermeiros, se beneficiam de um percurso burocrático que diminui a “agência” dos sujeitos. Concluimos também que o território dessa UBS não é apenas um território de controle de área, mas também um território como campo de tensões, com redes, nós e tessitura, nos moldes de Raffestin (2011).

CAPÍTULO III

3. A NARRAÇÃO ENQUANTO REFLEXÃO SOBRE A TERRITORIALIDADE

Os nomes dos sujeitos participantes da pesquisa foram substituídos por nomes fictícios retirados de uma obra importante para o pensamento sanitaria e higienista dos primeiros anos do século XX no Brasil: “O Cortiço”, de Aluísio Azevedo. Elegemos a obra que apresenta uma visão do Rio de Janeiro em fins do século XIX, pautada pela representação do pobre, da pré-favelização das periferias nas cidades e da doença. No quadro 1, organizamos os colaboradores da pesquisa na condição de usuários pelos pseudônimos que lhes atribuímos, o bairro onde residem e uma qualificação genérica que indica as razões para sua condição de usuário da UBS.

Quadro 1 – Nome Fictício das usuárias entrevistadas

NOME	BAIRRO	CATEGORIA
Bertoleza	Raizal	Grávida
Rita	Araguaína Sul 2	Mulher/Mãe/Esposa
Piedade	Araguaína Sul 2	Jovem/Adulta
Zulmira	Araguaína Sul	Idosa

Fonte: elaborado pelo autor.

Entrevistamos quatro usuárias da UBS, Bertoleza, Rita, Piedade e Zulmira. Cada uma representa uma categoria de usuário. Dona Zulmira é uma senhora de 80 anos; Bertoleza foi entrevistada enquanto grávida; Piedade foi entrevistada enquanto mulher jovem/adulta; e Rita, enquanto mulher adulta, mãe e esposa. Entrevistamos também quatro trabalhadoras/funcionárias da UBS (Quadro 2), Leónie, recepcionista (funcionária da recepção); Estela, enfermeira; Pombinha, agente de saúde; e Miranda, médica.

Quadro 2- Nome fictício das trabalhadoras/funcionários da UBS entrevistadas

NOME	FUNÇÃO
Leónie	Recepcionista
Estela	Enfermeira
Pombinha	Agente de Saúde
Miranda	Médica

Fonte: elaborado pelo autor.

Nossas colaboradoras da pesquisa foram abordadas através de duas instituições: a primeira foi a Universidade Federal do Tocantins (UFT), campus de Araguaína, Unidade

Cimba, onde começamos a nos aproximar dos alunos através de uma amostra (gerada por meio de questionário) da qual apresentaremos alguns dados mais à frente. Num segundo momento, convidamos algumas das pessoas que se envolveram e se sentiram tocadas pelo tema de nossa pesquisa para participarem como colaboradoras, narrando suas experiências com a UBS. Duas entrevistadas vieram dessa relação, Piedade e Rita. A outra instituição que nos auxiliou na apresentação de possíveis participantes da pesquisa, que nos acolheu com paciência e carinho, foi a comunidade católica São Raimundo Nonato, localizada no Setor Raizal, próximo à UBS. Através dessa relação com a comunidade, entrevistamos Bertoleza e Zulmira.

As entrevistas com as funcionárias da UBS foram feitas de uma forma mais facilitada do que a entrevista feita com as usuárias, tendo em vista que tivemos a aprovação da pesquisa na secretaria de saúde e que, portanto, fomos reconhecidos como pesquisadores, e não vistos como “estranhos que querem uma entrevista”.

Para a geração dos dados tal como gostaríamos, enfrentamos um desafio: a dificuldade para encontrar homens que pudessem e estivessem dispostos a concederem entrevista. Poucos homens registraram no questionário que aplicamos terem ido a UBS nos seis meses anteriores à realização da pesquisa, como pode ser observado na tabela abaixo. No total, 63 acadêmicos responderam ao questionário, a partir dos quais organizamos as tabelas a seguir para melhor ilustrar a frequência dos usuários na UBS:

Tabela 2- Frequência de usuários do gênero masculino na UBS

Tempo	1 a 3 meses	3 a 6 meses	6 a 9 meses	9 meses a 1 ano	Mais de 1 ano*	Nunca utilizou a UBS
Quantitativo	7	5	4	11	1	10

* Opção adicionada ao questionário pelos usuários homens.

Fonte: elaborado pelo autor.

Tabela 3- Frequência de usuários do gênero feminino na UBS

Tempo	1 a 3 meses	3 a 6 meses	6 a 9 meses	9 meses a 1 ano	Nunca utilizou a UBS
Quantitativo	12	6	1	3	6

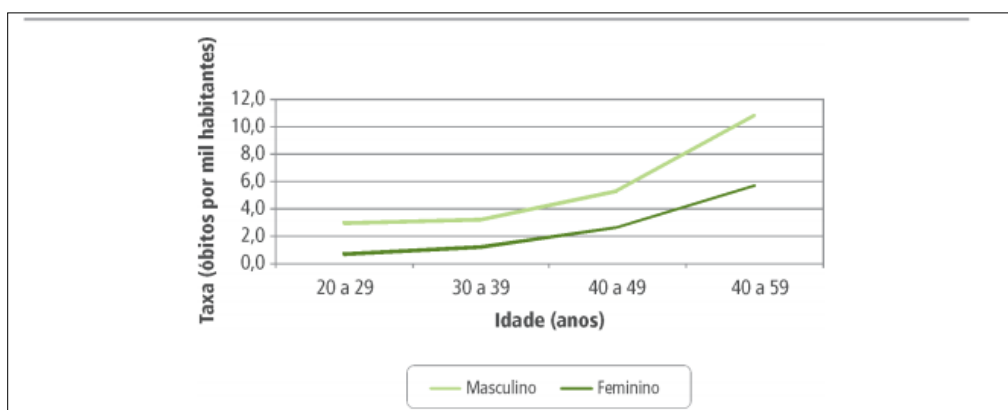
Fonte: elaborado pelo autor.

Na tabela 2, o número maior de mulheres que declararam a ida à UBS nos últimos três meses pode ser compreendido mediante a ocorrência de uma campanha de vacinação. Esse movimento pode ser por nós registrado no período em que realizamos observação na UBS e mais detalhes estão expostos no capítulo anterior. Em contrapartida, registra-se um número

expressivo de acadêmicos de ambos os gêneros que nunca compareceu à unidade de saúde. Esse fenômeno pode representar um componente de classe social, mas que não foi investigado, em função dos limites desta pesquisa.

O gráfico abaixo compara as taxas de mortalidade entre homens e mulheres entre 20 e 29 anos. A cada mil mulheres na faixa etária dos 20 aos 29, o índice não chega a 1%, enquanto que para os homens já se começam a identificar duas mortes a cada mil na mesma faixa etária. Os óbitos femininos aumentam de forma que, ao chegar à faixa etária de 40 a 59 anos, há menos de 4% enquanto se observa o dobro para os homens na mesma faixa etária. A maior mortalidade dos homens encontra razões além daquelas relativas a problemas de saúde e prevenção, mas razões culturais contribuem para uma maior desatenção quanto à prevenção e busca de tratamento.

Gráfico 1 – Taxa de mortalidade geral entre homens e mulheres de 20 a 59 anos de idade, no Brasil segundo faixa etária (óbitos por mil habitantes)



Fonte: BRASÍLIA, 2012, p. 20.

A ausência de colaboradores do gênero masculino nas entrevistas não nos possibilitou abordar a questão mais de perto. A recusa em participar pode estar relacionada à maior desatenção aos cuidados com a saúde ou no próprio desconforto de se colocarem na condição de entrevistados. Os depoimentos que analisaremos neste capítulo, portanto, foram todos dados por mulheres.

3.1 Territorialidade e Representação

Nosso estar-no-mundo pressupõe ter consciência de nossa existência, e, em grande medida, pensar sobre nossa existência, ou seja, nos representar para nós mesmos e para o

mundo. Para Greimas, “A linguagem espacial aparece assim, num primeiro tempo, como uma linguagem pela qual a sociedade significa-se a si mesma” (GREIMAS, 1979, p. 117). Esse processo de inserção de uma descontinuidade (espaço) na continuidade (extensão), envolve uma construção de uma narrativa para si, fruto da reflexão de sua trajetória e sua territorialidade.

A territorialidade é objeto de reflexão de Saquet (2010) a partir de autores como Dematteis, Raffestin, e Turco, sendo então concebida como “mediação simbólica, cognitiva e prática que a materialidade dos lugares exercia sobre o agir social (...)” (SAQUET, 2010, p. 115). Nesse sentido, compreendemos que nossos entrevistados são sujeitos dessa territorialidade, sujeitos da ação e, ao mesmo tempo, pessoas subordinadas às normas que regulam os espaços do SUS e da UBS (e suas subdivisões espaciais conformadas como subsistemas), performando papéis actanciais e actoriais distintos²⁴.

Partimos de questionamentos que levassem nossos entrevistados a refletirem acerca de narrativas construídas desde a infância no que diz respeito à sua relação com o sistema de saúde, a fim de que se abrissem para a possibilidade de exercitar a rememoração, revisitando lembranças que, por seu caráter de intensidade (SILVA, 2016)²⁵, trouxessem elementos para a análise do modo como os sujeitos significam a saúde pública. Questionamos os sujeitos acerca de suas últimas visitas ao SUS, pedindo que contassem como foi o processo, desde o início até os últimos estágios. Estávamos interessados, ao menos para a construção desse capítulo, em analisar narrativas específicas, considerando a “classe de discurso em que estados e transformações estão ligados a personagens individualizadas” (FIORIN, 2016, p. 28). Interessávamo-nos por entender com quem o entrevistado se relacionou, em que espaços, estágio por estágio (essa ordem implicando já uma sucessão e, portanto, uma narrativa), de como conseguiram suas consultas na UBS, a avaliação que fazem do modo como foram atendidos em cada espaço da UBS, os encaminhamentos, a finalização do processo com o atendimento médico, exames etc.

²⁴ Conforme apresentamos anteriormente, em semiótica discursiva, o papel actancial corresponde ao nível narrativo. Considerando as funções na narrativa, os papéis actanciais se traduzem como o de destinador, destinatário, objeto valor, adjuvante e anti-sujeito. Papéis temáticos correspondem ao atores, sob a análise do nível discursivo. No nosso caso, seriam os papéis de trabalhador usuário, trabalhador do sistema de saúde (médico, atendente, enfermeiro etc.), partindo do pressuposto de que a função que ocupam no sistema e sua formação profissional preveem determinados percursos e performances.

²⁵ A respeito do caráter intenso do que permanece como memorável, escreve a autora: “Há [...] uma direção que se impõe ao vivido, considerando as experiências tidas como significativas pelo sujeito, num estilo descendente, que vai da tonicidade (exacerbação) para a atonia que pode incidir sobre a nulidade da minimização. Para a possibilidade da memória é necessário, portanto, retomar aquilo que de certo modo ainda não se encontra totalmente anestesiado, no caminho contrário ao da atenuação, visando ao restabelecimento do que aconteceu” (SILVA, 2016, p. 148)

Usamos como técnica para a geração de dados a história oral (THOMPSON, 2002) e, sob essa perspectiva, tentamos deixar os sujeitos narrarem sem interrupções, ainda que construíssem aparentemente desvios e digressões. Os elementos que esperávamos ser citados nem sempre apareceram no curso da narrativa e, desse modo, quando possível, tentávamos retomar mais claramente as questões que guiavam a entrevista, ainda que evitando intervir abruptamente no fio da narração.

Nem sempre fomos bem sucedidos diante dos objetivos da pesquisa. Alguns entrevistados se sentiam à vontade para falar e narrar acerca de sua vida e se aproximavam das questões da pesquisa, mas outros, talvez constrangidos com o fato de estarem sendo gravados, narraram com pressa e sem se ater aos detalhes. Nesse caso, quando desligávamos o gravador, esses mesmos sujeitos que se mostravam reticentes, narravam com desenvoltura sobre cada passo que deram na UBS e suas impressões.

O território e, por consequência, a territorialidade, são entendidos como práticas e vivências de relações de poder, sendo considerados por Raffestin em sua dimensão simbólica, imaginada ou projetada:

Evidentemente, o território se apóia no espaço, mas não é o espaço. É uma produção, a partir do espaço. Ora, a produção, por causa de todas as relações que envolve, se inscreve num campo de poder. Produzir uma representação do espaço já é uma apropriação, uma empresa, um controle portanto, mesmo se isso permanece nos limites de um conhecimento. Qualquer projeto no espaço que é expresso por uma representação revela a imagem desejada de um território, de um local de relações (RAFFESTIN, 2011, p. 129).

A territorialidade, por sua vez, é definida por Raffestin como forma de agir sobre o espaço, contudo, não é um agir por agir, é um agir sobre o espaço que significa um agir com/sobre o outro sujeito/coletividade (RAFFESTIN, 2011, p. 144), como uma prática que produz sentido (LANDOWSKI, 2004). Assim, em duas dimensões, o exercício de rememoração efetuado pelos sujeitos entrevistados é elemento de territorialidade.

Temos, na primeira dimensão, os sujeitos narrando suas experiências, sujeitos que tratam do agir de uns sobre os outros, passando por situações de descaso (descumprindo o que estaria previsto pelo funcionamento do sistema de saúde, representando a quebra do que, em semiótica, designa o *contrato fiduciário*)²⁶ ou tendo boas relações, com a atitude positiva esperada por parte de servidores e usuários, muitas vezes implicando aí também a dimensão passional (tratamento mais afetuoso, expressão de interesse pelo sofrimento dos pacientes, orientação mais cuidadosa, confiança). A outra dimensão da territorialidade (que não

²⁶ Ponto de partida de comunhão inicial, que funda os actantes destinador e destinatário.

exploramos neste capítulo) é a dimensão sujeito como conhecemos nas ciências sociais, que interage conosco como se referindo a outros, quando os sujeitos entrevistados por nós têm a consciência de que nosso trabalho tem fim de circular em outras esferas e, assim, suas representações têm o fim de afetar de alguma forma outros sujeitos.

As narrativas dos entrevistados contêm informações sobre suas rotinas, quanto à relação com sua saúde e com o campo médico, suas relações, conflitos, solidariedades, negociações, configurando dessa forma como relação com o território e a relação com o outro, ou seja, territorialidade. Saquet, quando está defendendo sua perspectiva de territorialidade atrelada à ideia de desenvolvimento local, cita:

E, como há uma preocupação com a projeção, é importante que cada *Slot* tenha capacidade de se auto representar e de se autoprojetar, sendo o estudo um meio para a conquista desta organização. Isso significa que, como mencionei anteriormente, optar por uma *geografia da territorialidade*, implica numa mudança de paradigma de abordagem (SAQUET, 2010, p. 118, grifo do autor).

O *Slot* é um dispositivo, estratégia coletiva e espacial para grupos sociais, na qual o pesquisador entra como colaboração. Contudo, a tônica que gostaríamos de salientar está em trazer a territorialidade como projeção, ou seja, representação e rememoração estratégica, de identidade e de luta. Aspecto semelhante observaremos acontecer quando, às vezes, os sujeitos representam a UBS de um ponto de vista negativo, mesmo quando tal opinião não advém de uma rememoração. Tais opiniões existem como representação corrente principalmente sustentadas pela cobertura da mídia acerca de acidentes, mal atendimentos, descaso, dentre outras questões no SUS.

3.2 A ampliação da semiótica através da análise do plano da expressão

A semiótica greimasiana, desde seu princípio, segundo Portela (2008), detém uma forma particular (não exclusiva) de organizar os elementos da análise. Os semioticistas se interessaram primeiro pelos estudos dos campos semânticos, pela perspectiva frasal, e depois de forma mais profunda, robusta e frutífera, se interessaram pela análise do texto, que se desdobra em níveis de imanência e de enriquecimento do sentido do plano do conteúdo de onde surgiu parte significativa do modelo de análise greimasiano por nós aqui mobilizado. Segundo Portela (2008), deram continuidade a esses desdobramentos teóricos como Landowski com revisões do esquema narrativo e uma semiótica das situações (2014), e ainda com Floch com suas análises acerca do cotidiano:

Os anos 1990 testemunharam o surgimento de análises de objetos e práticas cotidianas, como as análises de Floch (1990) sobre os viajantes do metrô parisiense ou sobre a identidade visual e o conceito das campanhas publicitárias, ou, ainda, suas análises sobre a faca francesa da marca Opinel ou o *look* de Coco Chanel (FLOCH, 1995, *apud* PORTELA, 2018, p. 98).

Portela cita ainda o último seminário que Greimas participou no qual tratou-se acerca da “Estética da Ética” e o conceito de *forma de vida*, tudo isso para demonstrar como Fontanille (2010) se inscreve nessa ampliação de interesses do que convencionou-se chamar de níveis de pertinência de análise e através de um percurso visa incorporar outras instâncias além do texto propriamente dito (objeto, cenas predicativas, estratégias e formas de vida).

3.2.1 Das dificuldades em tomar território como semiótica-objeto

O território é entendido por Fontanille (2014) como um objeto semiótico (semiótica-objeto), pois, segundo o autor, como conceito ou como noção, existe um plano do conteúdo e um plano da expressão (dentre outros aspectos) imanentes ao território. Segundo o autor, considerando os planos de conteúdo e expressão:

le territoire peut être considéré comme une production sémiotique (une sémiotique-objet), avec un plan de l’expression et un plan du contenu. Le plan de l’expression résulte des propriétés figuratives, des traces et inscriptions laissées par l’activité humaine, et le plan du contenu est constitué des dimensions spatiales, actantielles, modales et axiologiques [...]. Le territoire est « inscrit » et nous y déchiffrons une culture à l’œuvre. (FONTANILLE, 2014, s/p).²⁷

No intuito de compreender, sob um viés interdisciplinar os estudos do território e semióticos, escolhemos subordinar a categoria de *topos* à categoria de território: o *topos* detém ferramentas eficazes para auxiliar uma análise em uma escala reduzida, como é o caso das salas e compartimentações em geral da UBS, enquanto que o território nos auxiliou na compreensão das interações de uma forma mais geral, em uma escala maior. O *topos* e o sistema territorial foram utilizados, portanto, como categorias para pensar os mecanismos que produzem sentido para cada circunscrição do espaço, como uma forma de entender como o território se reproduz. O sentido, assim, não se acha preso às instalações, nem se reduz a uma

²⁷ Em tradução livre de Luiza Silva: o território pode ser considerado como uma produção semiótica (uma semiótica-objeto) com um plano da expressão e um plano do conteúdo. O plano da expressão resulta das propriedades figurativas, traços e inscrições deixadas pela atividade humana, e o plano do conteúdo é constituído pelas dimensões espaciais, actanciais, modais e axiológicas (...) O território é “inscrito” e nele deciframos uma cultura em processo.

arquitetura, implicando o modo como o espaço é praticado e como essa prática produz sentido para e pelos sujeitos que convergem para a UBS.

Nossa escolha, contudo, se deu por algumas dificuldades metodológicas. Fontanille tentava demonstrar como o território pode se configurar como *forma de vida* e, como tal, abarca uma teia de possibilidades metodológicas para sua compreensão:

- (i) C'est une sémiotique-objet constituée d'un plan de l'expression et d'un plan du contenu.
- (ii) L'ensemble des dimensions du plan du contenu de cette sémiotique-objet sont congruentes, en ce qu'elles comportent toutes une inflexion de leurs propriétés qui ne s'explique que par un schème commun et transversal, ici-même : l'organisation déictique et ses effets sur le traitement dynamique des limites.
- (iii) Le plan de l'expression du territoire porte les valeurs et les projections identitaires et symboliques associées à ce schème transversal.
- (iv) L'activation de ce schème transversal sur toutes les dimensions est un facteur de persévérance du territoire : ce dernier ne survit en effet aux transformations et interactions auxquelles il est soumis que parce que leur dynamique est le ressort même de son identité et de son existence perçue.
- (v) Le territoire ne s'actualise comme forme de vie que par contraste avec les autres subdivisions administratives, politiques et éthologiques auxquelles il se confronte pour imposer ses valeurs et sa dynamique propre. (FONTANILLE, 2014, s/p).²⁸

Uma das questões que aqui levantamos é como se tratar as categorias de tempo, espaço e sujeito, que são centrais para a compreensão da produção dos territórios, do ponto de vista de sua apreensão em discurso. Nossas entrevistas foram geradas através de questionários semiestruturados que produziram narrativas dos usuários em relação às situações de visitas à Unidade Básica de Saúde e eventos conflituais envolvendo colegas de trabalho ou usuários da UBS. Essa situação é propícia para a análise semiótica do nível narrativo, mas também é propícia à análise sob a perspectiva da territorialidade, tendo em vista que esse percurso é uma relação de construção do território.

O percurso gerativo de sentido previsto pela semiótica *standard* apresenta-se como instrumento para se evidenciar por quais mecanismos um sujeito (do discurso) dota de significação um discurso (no sentido amplo do termo), tomando o texto como seu objeto: “a semiótica oferece modelos (enunciativos, narrativos, figurativos e passionais) para a análise,

²⁸ Em tradução livre de Luiza Silva: “(i) É uma semiótica-objeto constituída de um plano da expressão e de um plano do conteúdo. (ii) O conjunto das dimensões do plano do conteúdo dessa semiótica-objeto são congruentes, uma vez que comportam todas uma inflexão de suas propriedades que não se explicam a menos que por um esquema comum e transversal: a organização dêitica e seus efeitos sobre o tratamento dinâmico dos limites. (iii) O plano da expressão do território traz valores e as projeções identitárias e simbólicas associadas a essa esquema transversal. (iv) A ativação desse esquema transversal sobre todas as dimensões é o fator de *perseverança* do território: este último não sobrevive com efeito às transformações e interações às quais é submetido a não ser que sua dinâmica seja a mola mesma de sua identidade e de sua existência percebida. (v) O território se atualiza como forma de vida apenas por contraste com as outras subdivisões administrativas, políticas e etológicas com as quais se confronta para impor seus valores e sua dinâmica própria.

esses modelos não são dados de uma vez por todas, mas convocados ou revogados pelo exercício concreto do discurso” (MATTE e LARA, 2009, p. 342).

Por entender a necessidade de usar tanto o nível narrativo, quanto a categoria de territorialidade, optamos por usar as categorias de forma alternada, para não ferir o plano de imanência do nível narrativo e, ao mesmo tempo, aproveitar o uso da categoria territorialidade em termos de escala, dimensão, temporalidade etc.

3.2.2 A semiótica e o percurso gerativo de sentido

A semiótica é uma teoria sobre a significação ou, ainda, sobre o modo como se produz o sentido, considerando tanto a análise dos procedimentos textuais discursivos intencionais, mobilizados por um enunciador (autor, locutor etc.) com vistas à adesão de um enunciatário (espectador, leitor etc.), as coerções de natureza ideológica que atuam como mecanismos que escapam à consciência do que enuncia, tendo em vista condicionantes históricos e sociais, os procedimentos sintáticos e semânticos mais abstratos relativo ao funcionamento e constituição dos textos, como ainda às relações não necessariamente estritamente linguísticas, que os sujeitos estabelecem com o outro, com os objetos, com o mundo natural e com o universo cultural. Conforme Floch,

A semiótica visa, como vimos, a elaborar uma teoria da significação – e não só da comunicação intencional – que possa dar conta não só das línguas, mas também de todas as linguagens. Um exemplo: uma cidade, por ser um espaço construído para o homem graças a certas técnicas transmitidas e carregadas de toda uma concepção das relações do homem com a natureza e a sociedade, uma cidade então é um objeto significante (...) (FLOCH, 2001, p. 14).

Além de citar a importância de tratar a linguagem não apenas em sua especificidade intencional, o autor tenta também demonstrar a abertura da semiótica para analisar objetos que não sejam apenas textos, por isso nos interessa como teoria para os objetos que acolhemos nesta pesquisa: os relatos, as práticas sociais na UBS, as interações, sua constituição espacial e sua ocupação.

Na sua versão *standard*, a semiótica de que nos ocupamos aqui, de origem francesa, nascida nos anos 1960 a partir dos trabalhos de Julien Algirdas Greimas e seus colaboradores, propõe um *percurso gerativo de sentido*, compreendido como simulacro das operações realizadas pelos sujeitos ao produzirem sentidos nas suas leituras de textos, dos objetos, do mundo natural.

O percurso gerativo da significação é uma representação dinâmica dessa produção de sentido; é a disposição ordenada das etapas sucessivas pelas quais passa a significação para se enriquecer e, de simples e abstrata, torna-se complexa e concreta (FLOCH, 2001, p. 15).

Esse percurso pressupõe que o sujeito promova abstrações crescentes, partindo dos níveis mais concretos da materialidade linguística ou de outra ordem a níveis cada vez mais abstratos e simples. Esses níveis de complexidade e abstração são denominados como nível fundamental, narrativo e discursivo, cada um dos quais pensado a partir de uma sintaxe e uma semântica.

“A sintaxe dos diferentes níveis do percurso gerativo é de ordem relacional, ou seja, é um conjunto de regras que rege o encadeamento das formas de conteúdo na sucessão do discurso” (FIORIN, 2016, p. 21). A sintaxe tem um caráter mais conceitual, estrutural, representa a organização relacional que há por trás dos enunciados, das ações, dos efeitos de sentido. A sintaxe “(...) é mais autônoma do que a semântica, na medida em que uma mesma relação sintática pode receber uma variedade imensa de investimento semânticos”. (FIORIN 2016, p. 21). O percurso gerativo do sentido representa o sentido no nível mais abstrato, ao nível mais concreto em falas, pinturas, filmes, dentre outros objetos significantes (FIORIN, 2011).

No nível fundamental se encontram as chamadas estruturas profundas e abstratas do percurso gerativo de sentido. Trata-se de um nível mais simples do ponto de vista da significação, compondo-se de relações lógicas e oposições semânticas que regem uma dada totalidade significativa. Assim, as abstrações produzidas na leitura de um manifesto podem levar o sujeito a identificar que, em seu nível mais profundo e elementar, o texto se constitui como uma oposição entre integração e transgressão. Pressupondo que o enunciador assuma uma posição em defesa da mudança, radicalizando a urgência de uma revolução social, o termo transgressão será valorizado euforicamente (positivamente) enquanto o termo integração será disfórico (negativo). Caso seja um texto que pregue a adesão às estruturas sociais, à continuidade das relações de poder, teremos o contrário: a integração será eufórica e a transgressão será disfórica.

Assim, nas paredes de UBS, podemos encontrar diferentes modos de textualizar as mesmas estruturas de significação, como nos exemplos a seguir.

Figura 9 – Cartaz de combate à dengue 1



Fonte: Disponível em: <http://sb24horas.com.br/ministerio-da-saude-lanca-campanha-contra-a-proliferao-do-mosquito-transmissor-da-dengue-zika-e-chikungunya/>. Acesso em: 18 abr. 2018.

Figura 10 – Cartaz de combate à dengue 2



Fonte: Disponível em: <http://www.ammanterior.org.br/amm/constitucional/noticia.asp?iId=270095&iIdGrupo=6233>. Acesso em 18 abr. 2018.

Como uma tônica que se repete anualmente por parte do Ministério da Saúde e das secretarias de saúde dos municípios, as mensagens visam a mobilizar todos os cidadãos no combate aos mosquitos que causam a dengue. Nesse caso, a despeito das diferenças de ordem dos arranjos da linguagem verbal ou das imagens, os textos se constroem em seu nível mais abstrato a partir de uma oposição entre individualidade e coletividade. O sucesso do coletivo só será possível pela adesão de cada indivíduo. É preciso, portanto, sair da esfera de interesse exclusivamente individual e particular (disfórica) para a do conjunto (construído

euforicamente), ainda que o sucesso do coletivo só se dê mediante o esforço de cada um. No caso da doença em questão, todas as ações de combate podem ruir pela insistência de apenas um que se negue a participar, porque temos aí implicado o espaço individual sobre o qual o coletivo não pode agir, o da residência.

No nível narrativo, que não implica considerar apenas os textos narrativos, compreendidos como “classe de discursos em que estados e transformações estão ligados a personagens individualizadas” (FIORIN, 2011, p. 28), encontra-se a perspectiva de que todos os textos se organizam a partir de uma lógica narrativa.

Constituinte principal de uma narrativa é o aspecto transitivo, de transformação de seu conteúdo, consequência disso, em sua sintaxe há enunciados de estado e de fazer, os primeiros sendo a relação de junção dentre os sujeitos e os objetos, já os segundos denotam estados de disjunção entre os sujeitos e os objetos. Os textos seriam, então, tecidos pela alternância entre os dois estados sintáticos narrativos. Sujeitos e objetos devem ser entendidos como elementos narrativos, assim um objeto poderia ser tomado como dotado de sapiência, e um ser humano, de elementos desejáveis, tornando-se objeto do desejo de outro ser humano, ou mesmo de um objeto dotado de sapiência (FIORIN, 2016).

Greimas organizou um percurso canônico que seriam elementos de toda narrativa, quando não aparecem de forma explícita, estariam pressupostos. Esse percurso é composto pelas fases da manipulação, da competência, da performance e da sanção. Dessa forma, um texto de sanção, por exemplo, teria pressupostas todas as outras fases.

Na seção seguinte, analisamos os depoimentos gerados pela pesquisa.

3.3 O percurso do acesso dificultado

Piedade e Rita são vizinhas e, portanto, compartilham um território comum, residindo no setor Araguaína Sul 2. Ambas são formadas em Letras pela UFT, *campus* de Araguaína, e possuem idades próximas (Piedade tem 26 anos, e Rita, 30). Contudo, a experiência com a Unidade Básica de Saúde e suas pretensões e representações sobre ela foram bem diferentes. Ambas obviamente tinham em mente o mesmo resultado: o acesso ao atendimento, porém este se dá para as duas sob formas diferentes, uma ambicionava o acesso à consulta médica; para a outra, o acesso se materializa através da aquisição de um saber a respeito de sua patologia.

Tomaremos os discursos enunciados em entrevista como texto, e analisaremos apenas um dos níveis do percurso gerativo de sentido²⁹, o nível narrativo (FIORIN, 2016) ou esquema narrativo (BARROS, 2005). Escolhemos o nível narrativo pois, através dele podemos entender as relações, as interações, as estratégias e a representação do/com o outro, através dos papéis actanciais³⁰ e papéis temáticos³¹. Outro ponto forte do nível narrativo em relação a nosso trabalho, é que é mais uma forma de entender a interação dos usuários da UBS e dos trabalhadores/funcionários, que já foi abordado pela perspectiva territorial-semiótica no capítulo anterior. Começaremos nossa análise pelo programa narrativo da manipulação.

A manipulação é a fase onde um sujeito adquire um papel actancial de destinador, ou seja, o sujeito manipula o outro sujeito. É importante frisar que não estamos usando a acepção comum em português no senso comum, de manipulação, aquela pejorativa, próxima da ideia de conspiração. Aqui, manipulação significa fazer o outro adquirir um objeto modal, um dever-fazer, um querer-fazer (FIORIN, 2016).

A fase da manipulação na narrativa de Piedade está pressuposta, sinalizada apenas quando Piedade afirma estar fazendo consultas de rotina, informando valores já adquiridos pela pedagogia sanitária do cuidar da saúde do corpo antes de se estar doente. Temos então um super-destinador de onde emanaram os valores citados, pressuposto no comentário: “E ai... é... era só a consulta de rotina, só fui para que ele fizesse o pedido de exames de rotina mesmo...” (Entrevista oral, Piedade, 06/08/2018). Conforme Barros (2005),

O destinador-manipulador é o actante funcional que engloba vários papéis actanciais, entre os quais se encontra necessariamente o de sujeito doador de valores modais. É ele, na narrativa, a fonte de valores do sujeito, seu destinatário: tanto determina que valores serão visados pelo sujeito quanto dota o sujeito dos valores modais necessários à execução da ação (BARROS, 2005, p. 30).

Tendo em vista que, para a semiótica, o actante torna-se um sujeito por causa de uma relação, entendemos que Piedade adquire um valor, que a torna sujeito não apenas do ponto de vista semiótico, mas também do ponto de vista do exercício do poder por parte da medicina formal. Tentamos demonstrar (dentre outras coisas) no primeiro capítulo, através de uma

²⁹ “Percurso gerativo do sentido Para construir o sentido do texto, a semiótica concebe o seu plano do conteúdo sob a forma de um percurso gerativo” (BARROS, 2005, p. 13)

³⁰ Papel actancial: cada um dos papéis assumidos pelos actantes da narrativa e que variam segundo se altere a posição dos actantes no percurso (ex.: papel de sujeito competente, papel de sujeito realizador da ação) ou de acordo com suas relações com os valores (ex.: papel de sujeito do querer-fazer, papel de sujeito do saber-fazer).

³¹ Papel temático: é o papel assumido pelos actantes narrativos no interior de um tema ou de um percurso temático, quando então os actantes se convertem em atores discursivos. Em narrativa de busca do saber, exemplifique-se com o papel de pesquisador, no quadro temático da investigação científica.

análise bibliográfica em Foucault (1997, 2008, 2014), como, ao nos tornarmos sujeitos da medicina, tornamo-nos também sujeitos da medicina formal, como Herzog (1991) demonstrou de forma mais específica e mais robusta do que nossa investida. Assim, acreditamos que a medicina sanitaria atua como um destinador social, com quem Piedade se relaciona e adquire o objeto modal, um querer/dever-fazer a consulta.

Por outro lado Rita, enquanto actante, é manipulada enquanto sujeito, por si mesma, modalizada pelo medo, pois a doença está aumentando. Seu corpo indica a urgência. Assim, sentindo dor, move-se no sentido de buscar solução para o incômodo, indo “atrás do postinho”:

Eu nunca tive condição de pagar uma consulta, daí a gente vai postergando, né, nunca foi prioridade de certa forma [fala hesitando, pensando sobre o assunto], mas estava me incomodando bastante nos últimos tempos, e realmente nos últimos, as condições estavam mais difíceis, então, né, vamos atrás do postinho para ver o que a gente conseguia... (Entrevista oral, Rita, 06/08/18).

Rita evidencia a privação dos meios para pagamento de uma consulta no sistema privado. Sem recursos, tendo outras prioridades de sobrevivência, retarda a ida ao médico no setor público. O termo “postinho” aponta para a imagem de precariedade do atendimento esperado.

Quanto ao objeto valor de Rita, percebe-se, em sua narrativa, que há uma disjunção entre o saber e o poder. Ela reconhece a existência de sua enfermidade há sete anos, evidencia o desejo pelo objeto cura na luta contra o avanço da doença através da automedicação, mas não encontra condições para tratar-se. No momento do atendimento, porém, frustra-se. O médico não solicita um exame, não faz um exame físico para visualizar o problema, apressando-se em medicar com a indicação de uma pomada, o que representa pouco, conforme demonstra seu depoimento.

E, assim.. Eu sei que pomada por pomada, desde que eu me entendo por gente eu compro pomada na farmácia. Aquela coisa, sumia, voltava, aparecia, voltava, e estava aumentando muito estava aumentando bastante, estava tomando toda as minha pernas, então eu fui porque eu estava preocupada, porque tinha tido um aumento muito grande delas. E não teve tipo assim, lá não teve nada, porque o mínimo que eu esperava era pedir um exame, porque claro que não dava para descobrir, ele não pediu nem para ver, para passar pomada, ele não pediu nem para ver, o que que era, só pelo que eu falei ele já receitou a pomada, e enfim... (Entrevista oral, Rita, 06/08/2018).

No caso de Piedade, o objeto valor parece-nos ser o acesso. Piedade estava em disjunção com a prestação de serviço, e mais especificamente, o acesso ao médico. Encontrase então, uma transitividade entre um programa narrativo de manipulação a um programa

narrativo de performance, pois, “a performance, uma apropriação de valores descritivos” (BARROS, 2005, p. 27).

Piedade, enquanto sujeito da ação, tenta se apropriar de um objeto valor, conseguir marcar a consulta, mas esse primeiro acesso é dificultado por alguns mecanismos, o primeiro é o 0800 da saúde, programa de agendamento de consultas e retornos do governo municipal, que se relaciona com Piedade como um anti-sujeito³² pois, ao impedir Piedade de acessar a UBS, faz com que ela entre em disjunção com o objeto modal, o poder-fazer. Contudo, depois de tentar algumas vezes, Piedade consegue seu agendamento, prefigurando a imagem de um sujeito obstinado, marcado pelo querer muito.

Então, da última vez eu consegui marcar a consulta pelo 0800 da saúde do município, consegui, mas assim, você levanta, começa a ligar sete horas e... Não sabe que horas você vai ser atendido, e nem se você vai conseguir marcar. Eu lembro que eu liguei sei lá, umas sete, oito vezes, para conseguir ser atendida, né, porque a ligação fica caindo antes de completar. Eu consegui ligar, mas a primeira vez que eu fui atendida eu já consegui marcar, a consulta é marcada, normalmente, para a semana seguinte (Entrevista oral, Piedade, 06/08/2018).

Rita, por sua vez, narra o processo de conseguir a consulta com poucas palavras, a performance para a aquisição do objeto modal é praticamente suprimida, situações que geraram relações polêmicas, pois, na narração, percebe-se que Rita, assim como Piedade, não detinha um objeto modal, poder-saber – perceptível quando Rita cita demonstra não saber o nome da agente de saúde – que poderia ter sido adquirido através de um programa de competência. A supressão desse programa narrativo (fase da competência), que acontece no *topos* da recepção (retomando o capítulo dois), lugar de conflito (relações polêmicas), é mais um elemento para considerar que o objeto valor de Rita difere do objeto valor de Piedade, não era a consulta em si.

(...) e marcar no 0800, não consegui, mas eu fui lá e consegui marcar, a agente de saúde não sei se interfere em alguma coisa, também, mas ela nunca apareceu na residência e tem dois anos que a gente mora aqui, ela nunca apareceu por aqui, e... então eu fui... Eu fui lá, para lá, consegui marcar, fui na consulta cheguei até surpresa, não tinha ninguém, logo fui atendida não tinha fila, e que legal né (Entrevista oral, Rita, 06/08/2018).

Piedade, por seu turno, narra de forma mais longa e se atenta aos detalhes acerca dos procedimentos na recepção, onde foi possível que adquirisse a competência para depois proceder à performance: poder se consultar.

³² Nas narrativas em que há dois sujeitos em busca de um mesmo objeto-valor, como acontece com o príncipe e o dragão, o Pequeno Polegar e o Ogro, Joãozinho e o Gigante, a ação de um deles é enfatizada e a do outro, ocultada. Opõem-se, assim, o sujeito do programa salientado, o príncipe, o Pequeno Polegar ou Joãozinho, e o anti-sujeito do programa encoberto, o dragão, o Ogro ou o Gigante (BARROS, 2005, p. 27)

Daí eu fui, fiz a consulta, na verdade quando eu cheguei lá teve um problema de queda de energia, que foi, uma queda de energia que teve no estado inteiro no dia, e como caiu a energia, então o sistema estava desligado então eles pararam as consultas por um tempo e estavam esperando a energia voltar para retornar e quando voltou, nós fomos direcionados para outro médico, porque a médica que ia, para quem eu estava marcada a consulta, não ia conseguir atender todas as pessoas porque como demorou, já estava acabando o expediente. Eles transferiram alguns pacientes para outro médico, mesmo sem a nossa autorização, sem perguntar se a gente queria mudar de médico, foram uns dois ou três pacientes que tiveram que ser mudados de médico. E aí... é... era só a consulta de rotina, só fui para que ele fizesse o pedido de exames de rotina mesmo... Ele fez o pedido, e aí o postinho não estava realizando os exames no dia, eles só disseram, me perguntaram se eu era gestante ou hipertensa ou fazia acompanhamento, como eu não era, eu não tinha como fazer exame pelo postinho, eu tive que procurar uma clínica particular, pagar pelos exames, para poder voltar para mostrar o resultado (Entrevista oral, Piedade, 06/08/2018).

No princípio da narração, percebe-se uma transitividade onde entra-se em um programa narrativo de competência, no qual há a dependência da recepção para ceder a Piedade um poder-fazer, que é impedido por um anti-sujeito, a queda de energia, considerada anti-sujeito porque atrapalha, ou compete com o sujeito na obtenção do objeto valor. Piedade vê-se, então, frustrada e desrespeitada, porque há uma troca de médicos, sem que possa se posicionar a respeito. O postinho, com a falta de energia, se figurativiza aí como lugar de precariedade e improvisação. Além disso, o exame demandado pelo médico não pode ser realizado, porque Piedade não se encontra caracterizada como uma paciente de caso mais urgente (nem grávida, nem hipertensa, não tem acompanhamento regular da UBS).

A performance se faz, portanto, parcialmente. O tratamento efetivo demandará que procure uma clínica particular. Desse modo, Piedade perde sua característica de sujeito do fazer, para se tornar um sujeito de estado, quando ao voltar da energia ela é deslocada para um outro médico, pelos funcionários da recepção, o mesmo acontece quando Piedade, ao final da consulta, é impossibilitada de fazer os exames no posto de saúde, porque não se encaixava nos requisitos da UBS.

Retomamos a narração de Rita que narra relação unilateral com o médico e suas expectativas de atendimento:

Entrei, o médico estava lá preenchendo umas fichas, perguntou meu nome sem levantar o rosto, falei... pediu para eu falar o que eu tinha, sem olhar na minha cara também, eu falei... Aí ele continuou anotando, anotando as pomadas, e ficou por isso só (...). E não teve tipo assim... lá não teve nada, porque o mínimo que eu esperava era pedir um exame, porque claro que não dava para descobrir, ele não pediu nem para ver, para passar pomada, ele não pediu nem para ver, o que que era, só pelo que eu falei ele já receitou a pomada, e enfim... e ficou por isso, eu comprei a pomada foi como das outras vezes, acontecia né... [fala hesitante] usava, como era, essa era uma diferente, ele perguntou quais eu já tinha passado, essa era uma diferente, fez efeito mas depois retornou, e rapaz... não, e também não fui mais também não. Não pediu exame, não fez nada, nem um encaminhamento, alguma coisa eu esperava, e não teve... (Entrevista oral, Rita, em 06/08/2018).

Pode-se notar, nessa fase do texto, que o que Rita esperava acontecer era um programa narrativo que não tem o final esperado. Considerando o regime de programação, no qual a previsibilidade é total, caracterizada pela performance de uma rotina tal que incide sob o risco da insignificância (LANDOWSKI, 2014), vemos caracterizada a performance do médico, alheio e indiferente à usuária. Sua gestualidade é por ela compreendida como indiferença e descaso, “sem olhar”, “sem levantar o rosto”, preenchendo os papéis que atestam que o atendimento foi realizado, conforme a burocracia do sistema de saúde. A nulidade é então enunciada por Rita: “lá não teve nada” e, portanto, tanta espera traduziu-se em frustração: “alguma coisa eu esperava, e não teve...”

Rita perde sua condição de sujeito frente ao médico, que adquire o papel temático de esnobe, negando a Rita sua condição de sujeito. Impossibilitando uma troca de saberes, o médico a ignora, monopolizando a condição de sujeito, falando com ela de forma automática, sem ao menos trocar olhar enquanto conversa.

Assim, Rita chega ao programa de sanção, avaliando negativamente a performance do médico, ao mesmo tempo em que se mostra ainda como sujeito da privação do saber acerca da patologia que a afligia e o tratamento demandado.

O segundo programa narrativo no percurso do destinador-julgador é o da sanção pragmática ou retribuição. O sujeito reconhecido como cumpridor dos compromissos assumidos é julgado positivamente e recebe uma retribuição, sob a forma de recompensa. Já o sujeito desmascarado, por não ter executado sua parte no contrato, sofre julgamento negativo e punição (BARROS, 2005, p. 37).

Dessa forma, Rita continua em disjunção com um poder saber, e o médico, enquanto sujeito que poderia executar uma performance que Rita julgava adequada, através da observação e de exames (objetos modais), iria resultar em um saber que teoricamente cederia esse objeto valor, enfim, esse cederia o poder-saber para Rita. Por fim, percebe-se que Rita, enquanto narrador, investe pouco em outras fases da construção semio-narrativa, investe em sancionar de forma negativa o médico e a UBS. A narração de Rita aparentemente é uma narrativa de privação reflexiva transitiva, pois renunciou ao interesse de poder saber, o que pode ser percebido quando Rita narra: “fez efeito [a pomada] mas depois retornou, e rapaz, não e também não fui mais também não [ao retorno]” (Entrevista oral, Rita, 06/08/2018).

Ao contrário de Rita, no depoimento de Piedade é possível perceber que o médico entra como um sujeito adjuvante, que ajuda o sujeito principal da narrativa, para que alcance seu objetivo de entrar em conjunção com o objeto valor “E aí... é... era só a consulta de rotina, só fui para que ele fizesse o pedido de exames de rotina mesmo... Ele fez o pedido” (Entrevista oral, Piedade, em 06/08/2018).

E aí... Na semana seguinte eu fui tentar marcar, agendar o retorno, mas o 0800 não estava funcionando. Aí é assim, você liga apenas uma vez na semana, só na segunda-feira, que você marca, aí eu lembro que demorei bastante para conseguir, porque o que aconteceu, eu ligava de manhã e aí, o sistema ainda não foi aberto ainda para sua unidade básica de saúde, então você liga a partir das 13 horas. Daí acontecia de eu esquecer de ligar ou de ligar e não conseguir, eu sei que passou, sei lá... mais de um mês nessas tentativas, porque como estavam sendo marcadas pelo 0800 não tinha possibilidade de marcar pelo postinho, então eu tinha que esperar se não dava certo na segunda eu tinha que esperar a próxima segunda para começar a tentativa de novo. Até que um dia, eu liguei e eles disseram que o sistema estava fora do ar, e que as consultas estavam sendo agendadas pessoalmente no postinho daí eu consegui no postinho e agendar o retorno (Entrevista oral, Piedade, em 06/08/2018).

Os percursos narrativos³³ de Piedade e de Rita são esquemas não canônicos, tendo em vista que a organização dos programas narrativos não são ordenados de forma sequencial, como se apresentam em contos de fadas. E as irregularidades não param por aí, Piedade organiza sua narrativa em dois esquemas narrativos, o esquema narrativo da consulta e do retorno.

O retorno começa com um programa narrativo de competência: Piedade torna-se sujeito de estado e o 0800 da saúde aparece como sujeito do fazer que cederá um objeto modal, no caso um poder fazer, assim, Piedade entraria em conjunção com seu objeto valor, o retorno. Contudo, Piedade entra em disjunção com o objeto modal, poder fazer (acesso à UBS), pois, nessa fase, aparecem anti-sujeitos que atrapalham a conjunção de Piedade com o objeto valor, são eles: o sistema que caiu, o esquecimento de Piedade e a espera demorada entre uma segunda-feira e a próxima (único dia da semana para se marcar consultas).

Piedade descreve o quanto se esforçou para conseguir marcar o retorno por telefone, mas sempre esbarrava nos obstáculos citados, fazendo-a entrar em disjunção com seu objeto valor. Ao que Piedade descreve, depois de um mês de tentativas e desistências, adquire um objeto modal para adquirir competência, o sujeito (Piedade) adquire um saber: na UBS estava sendo possível o agendamento de consultas e retornos, a relação de poder estabelecida entre piedade e o 0800 da saúde, é substituído por um saber que a leva a uma próxima fase, mais uma vez de competência.

Piedade está em disjunção com um poder-saber, dessa vez, entrando em disjunção com informações para qualificá-la para ao retorno, o objeto modal (no caso o nome da agente de saúde e o número da família), gerando, mais uma vez, uma relação polêmica. Piedade é manipulada a procurar o coordenador da UBS, pois ele cederia o objeto modal que o sujeito da narrativa necessitava, entretanto a interação polêmica é resolvida quando um actante, a

³³ “Percurso narrativo: é uma sequência de programas narrativos de tipos diferentes (de competência e de performance), relacionados por pressuposição simples” (BARROS, 2005, p. 84)

“conhecida” adquire um papel actancial de adjuvante, cedendo-lhe o objeto modal desejado por Piedade.

(...) [Eu] não tinha essas informações e lá eles não souberam me informar. A moça pegou um papel, assim, umas anotações feitas a lápis em um papel que estava solto por lá, para procurar pelo endereço, quem era a agente de saúde, mas ela não conseguiu encontrar. A outra colega da recepção não soube informar quem era a agente da minha área, e aí... Eu perguntei quem poderia me dizer isso, e elas me disseram que era apenas o coordenador da unidade básica de saúde. Quando eu estava indo para perguntar, porque elas disseram que não tinha como marcar, elas simplesmente não marcaram, nessa hora ne, ela falou – você vai lá falar com ele, depois você volta e fala o nome da agente que a gente marca a consulta – daí eu estava indo, me dirigindo a sala dele, encontrei uma conhecida que é agente de saúde e ela me disse que quem poderia ser a agente da minha área, ela me disse que era determinada pessoa, daí eu dei o nome dessa pessoa lá na recepção e eles marcaram meu retorno. Daí o retorno já foi feito com outro médico, não foi o mesmo que me atendeu na última vez na consulta e foi só (Entrevista oral, Piedade, em 06/08/2018).

Quando o médico conversa e ouve o que o paciente tem a dizer, temos o papel actante do destinador (programa de manipulação), que durante a interação troca os papéis entre destinador e sujeito, pois Piedade também manipula o médico para conseguir obter uma ação do médico. Contudo o médico ainda detém a “hegemonia” do papel actancial de destinador e enfim cede-lhe o objeto valor que é a confirmação da saúde.

3.4 Percurso do acesso facilitado

Agrupamos mais duas entrevistas nessa seção, as quais foram separadas por serem parecidas quanto ao acesso: as duas têm acesso prioritário. Bertoleza (24 anos) relata-nos sobre sua gestação e como se relacionou com o SUS nesse processo; Zulmira é uma senhora de 80 anos e que adquiriu, durante a vida, doenças como uma patologia cardíaca, além de ter pressão alta e ser diabética. Por essas questões, as duas detêm um acesso diferenciado na Unidade Básica de Saúde.

.... Eu... tive hiperemese que foi os nove meses de enjoo, e eu não conseguia, e aí, das vezes que eu precisei ir na unidade básica. E eu fazia meu pré-natal bem aí na unidade básica de saúde do Araguaína Sul, e quando eu estava com cinco meses, entrando nos cinco meses, eu não estava me sentindo bem, porque, à medida que a barriga crescia, eu diminuía o meu ar, porque eu sou asmática, meu pulmão só funciona quarenta e oito por cento, e eu não estava me sentindo muito bem. E assim, é... eu não tive muito o que falar, a respeito dos profissionais da unidade básica porque, para mim o atendimento foi dez, exceto das duas vezes que eu sempre ia para a consulta eu pedi para o enfermeiro para me encaminhar para um, me encaminhar para um pré-natal de alto risco, porque eu não estava mais conseguindo, e daí a primeira vez ele falou “não, vamos esperar mais”, e eu falei – está bom... (Entrevista oral, Bertoleza, em 08/08/2018).

Embora a sanção seja positiva – “o atendimento foi dez” –, Bertoleza encontrou, inicialmente um enfermeiro que desempenharia o papel actancial de anti-sujeito, fazendo-a retardar seu reconhecimento pelo sistema médico como paciente em pré-natal de alto risco. Mais adiante, porém, fica claro que o suposto bom atendimento caracterizou-se apenas pela conquista de um novo encaminhamento, dado que a gravidade de seu quadro não possibilitava que o atendimento pudesse ser ali realizado. Mais uma vez, o posto de atendimento médico mostra sua precariedade ou seus limites e a performance final, que cabe ao médico, é apenas a do encaminhamento para um novo espaço de atendimento.

(...) quando eu voltei a consulta com o médico, eu conversei com o doutor e ele me analisou, e falou que ia me dar o encaminhamento – para tu ir para o alto risco, porque aí não vai ter como você fazer o pré-natal só aqui na unidade básica de saúde não por causa do seu estado de saúde – aí ele me deu o encaminhamento e falou que era para eu ir lá na regularização, não sei se o nome é esse (...) (Entrevista oral, Bertoleza, em 08/08/2018).

O sujeito médico, na interação, analisa o corpo da paciente e por sua vez adquire os mesmos valores que Bertoleza, dotando-a de um poder-fazer. Assim, Bertoleza entra em conjunção com seu objeto valor: adquirir o direito a um atendimento pré-natal qualificado como de alto risco.

No enunciado de Zulmira, percebe-se a rotina, a repetição dos eventos, das idas ao médico, das trocas de receita e de remédio. Zulmira constrói, pela regularidade, a aproximação e a familiaridade com o espaço de saúde pública. Não se trata mais de um espaço interditado pelas dificuldades de acesso ao 0800 ou por interposições de outros. A UBS atende às suas demandas.

Eu fazia consulta no posto de saúde para pegar a receita, para pegar o remédio, pressão, diabete. Aí, agora, eu estava com a pressão muito alta. Aí a menina me levou para fazer uma consulta com o doutor Jerônimo³⁴, agora ele passou uns remédios e eu estou usando os remédios que ele passou (Entrevista oral, Zulmira, em 14/08/18).

Não há, no caso de Zulmira, conflitos nem disputas. O emprego do verbo no pretérito imperfeito (fazia) opera para a produção do efeito de regularidade do atendimento, ao mesmo tempo em que fala de um quadro de doença permanente (estava). O médico, então, executa a ação esperada (passar o remédio) e Zulmira se mostra como sujeito realizado.

³⁴ Pseudônimo.

3.5 Territorialidade e a problemática dos usuários

Dentro dos limites dos dados gerados e considerando o número reduzido de entrevistados, buscamos recorrências que nos apontem percepções dos sujeitos em relação ao território da UBS. Assim, uma das problemáticas construídas pelos usuários no tecer de suas narrativas é a constatação de que a UBS é um território construído com pouca participação social, pois a agência dos sujeitos é interditada. O termo paciente, hoje em desuso nos textos de saúde coletiva, toma todo o seu potencial aqui, pois os sujeitos são conduzidos (como Piedade), e silenciados/ignorados (como Rita) ou impedidos (como a princípio foi Bertoleza).

Na experiência narrada por Piedade, as instalações evidenciam a precariedade, mas também há aí a condição de não ter como decidir sobre quem a consultaria, construindo ali sua condição de subalternidade e passividade. O médico previsto pela marcação não pode mais atender em função do turno de atendimento ser vencido pela demora na restauração da energia do prédio. Piedade tem que esperar quando a energia cai: “Daí eu fui, fiz a consulta, na verdade quando eu cheguei lá teve um problema de queda de energia” (Entrevista oral, Piedade, em 06/08/2018), sendo direcionada para outro médico sem sua autorização: “já estava acabando o expediente, eles transferiram alguns pacientes para outro médico, mesmo sem a nossa autorização” (Entrevista oral, Piedade, em 06/08/2018). Não há o que fazer senão assumir a nova reconfiguração, destituindo-se a usuária de sua condição de *querer*.

Na narração de Rita, o que emerge é o discurso da privação e o efeito passional da frustração: “Não pediu exame, não fez nada, nem um encaminhamento, alguma coisa eu esperava, e não teve...” (Entrevista oral, Rita, em 06/08/2018).

A seguir, organizamos uma tabela com os dados gerados pelo questionário. Nosso questionamento incidia sobre o modo como colaborador analisa sua condição de (in)dependência dos serviços de saúde pública.

Tabela 4- Percepção dos colaboradores quanto à dependência do SUS

Opção	Não me sinto dependente	Pouco dependente	Dependente	Muito dependente	Não respondeu
Quantitativo	5	18	30	9	1

Fonte: elaborada pelo autor.

Sobre a dependência do SUS, observa-se que, na amostra colhida, a maior parte dos entrevistados escolheu a opção de *dependente do SUS*, resultado previsto, tendo em vista que

é o principal meio de acesso à saúde para as classes populares, às quais pertencem os colaboradores. No questionário, entretanto, a segunda maior categoria escolhida dentre os entrevistados foi a opção *pouco dependente*, elemento que corrobora com a escolha de Rita de romper com a relação que a tornava sujeito frente à UBS. Rita compartilha da falta de fé no sistema de saúde expressa por estudantes de licenciatura da UFT (Tabela 2).

Os territórios *slot* pensados por Saquet (2011) têm um forte componente de mobilização popular, a impulsionar movimentos sociais em luta pela terra, pelos direitos sindicais, pelos direitos dos quilombolas e indígenas, ou seja, são territórios da participação popular. A participação popular enfrenta, porém, um território normatizado/recortado/gerenciado pelo Estado, contudo, a saúde pública da constituição tem sua gênese na luta pela abertura democrática, como demonstramos no capítulo I, e, por isso, prevê a participação popular na construção e gerenciamento do SUS³⁵.

Conforme Coelho, é fundamental a importância das conferências e conselhos de saúde:

A participação é determinante fundamental da democracia. Não é concessão nem exigência burocrática, mas uma conquista social. Participação plena significa decidir, acompanhar e avaliar a organização dos serviços, ou seja, exercer o controle social [controle social significando participação da comunidade]. Ela se constitui de forma politizada e permite que um coletivo decida sobre assuntos de interesse geral. Assim, as diferentes realidades da população podem ser contempladas na construção de políticas. Para isso o debate amplo e intenso torna-se essencial e as disputas são inevitáveis (COELHO, 2012, p. 145).

A impossibilidade da participação popular na construção na prática do campo da saúde pública não é uma novidade, apontamos esses elementos quando discutimos o sanitarismo brasileiro em Neiva e Penna (1979) no primeiro capítulo. A pedagogia surda da medicina formal que observamos em Neiva e Penna, ao se relacionarem com o sertanejo, se parece muito com a pedagogia observada na palestra que ouvimos no corredor da UBS (citada no capítulo dois), na qual os enfermeiros se colocaram como *destinadores* e em tom de autoridade levavam informações aos pacientes que ali estavam para se consultar. Contudo, isso não quer dizer a negação do acesso à UBS.

Situação análoga acontece quando Rita está em consulta com o médico que a desconsidera como alteridade. Como afirma Raffestin (1993, p. 52), “[O poder] Esconde-se

³⁵ “A participação popular na gestão da saúde é prevista pela Constituição Federal de 1998, em seu artigo 198, que trata das diretrizes do SUS: descentralização, integralidade e a participação da comunidade. Essas diretrizes orientam a organização e o funcionamento do sistema, com o intuito de torná-lo mais adequado a atender às necessidades da população brasileira” (ROLIM et al., 2013).

tanto melhor quanto maior for a sua presença em todos os lugares. Presente em cada relação, na curva de cada ação: indicioso, ele se aproveita de todas as fissuras sociais para infiltrar-se até o coração do homem”. O médico não se vale da persuasão, não se esforça para convencer, apenas faz suas anotações indiferente à presença de Rita. Repetindo um ritual, age como operador (LANDOWSKI, 2015), ele mesmo também reduzido em seu papel de sujeito. A resistência de Rita consiste então em negar aquele modelo de práxis médica: “não, e também não fui mais também não” (Entrevista oral, Rita, em 06/08/2018), mas essa possibilidade a fragiliza enquanto sujeito que tem direito de acesso a um tratamento público de saúde.

Na Tabela 2, nota-se a resistência dos alunos de licenciatura da UFT-Cimba em se tornarem sujeitos das suas respectivas UBS – apesar de terem marcado a opção de que se sentem dependentes do SUS – quando marcaram desproporcionalmente na opção “pouco dependente” da UBS. Nenhuma das outras opções do questionário chegou à metade dos percentuais da opção “pouco dependente”, o que nos evidencia o fato de que, apesar de não quererem ser sujeitos da UBS, também não querem abrir mão de forma completa da relação, tendo em vista que a opção “nada contemplado” foi menos marcada do que a opção “contemplado”.

Tabela 5 - Percepção dos colaboradores quanto à dependência da Unidade Básica de Saúde

Opção	Nada Contemplado	Pouco contemplado	Contemplado	Muito Contemplado	Não respondeu
Percentual	11	37	12	2	1

Fonte: elaborada pelo autor.

Os dados relativos à percepção dos sujeitos com relação à dependência da UBS mostram que a maioria dos que responderam ao questionário não a reconhecem, ainda que sejam todos sujeitos que, pela classe social, dependeriam de atendimento público de saúde. Nos depoimentos de Rita, Piedade, Zulmira e Bertoleza, encontramos elementos que podem apontar para a compreensão desse quadro. Foram melhor atendidas as que se encontravam no perfil privilegiado pelo serviço público de saúde, em consonância com o PSF: a prioridade é concedida a gestantes, idosos e sujeitos com doenças crônicas.

3.6 O controle e a contenção do território

O território da UBS é um dos níveis do Sistema Único de Saúde, na medida em que a UBS é a porta de entrada para tratar-se no SUS. Se é entrada, é também o primeiro ponto de contenção, para uma outra escala de atendimento, região de prestação de serviços mais ampla, a região de saúde que abriga muitos territórios de saúde e presta serviços mais especializados. Para Raffestin, o que na saúde pública denomina-se de região é por ele denominado como *malha*. No caso, trata-se de uma malha tradicional, tecida e gerenciada pelo Estado, ao menos quanto aos serviços públicos.

A importância que assumem na Política de Saúde os conceitos de território e epidemiologia, diz respeito às formas de acesso, porque é por meio delas que se torna possível definir a própria população. Nesse caso, a governamentalidade como modalidade de gestão da vida opera na produção de uma forma de conhecer, que também constitui aquilo mesmo que se dá a conhecer dentro desse espaço que é o território. O território e a epidemiologia permitem, assim, a constituição da população em termos de necessidades e problemas de saúde, fabricados pela própria estratégia de territorialização e caracterização epidemiológica que constitui as formas de acesso (BERNARDES, 2017, p. 344-345).

Assim, um aspecto que aparece como um problema recorrente nas narrativas, principalmente de Piedade e Rita, são essas barreiras do acesso: Rita deseja um encaminhamento; Piedade é impedida e espera um mês para conseguir marcar uma consulta que, no final das contas, não foi marcada pelo 0800 da saúde; Bertoleza, por sua vez, necessitava de um encaminhamento para um serviço de pré-natal de risco. Todos os acessos foram negados, com exceção a Bertoleza que conseguiu depois, em consulta com o médico.

Assim, devemos primeiramente distinguir os territórios de acordo com aqueles que os constroem, sejam eles indivíduos, grupos sociais/culturais, o Estado, empresas, instituições como a Igreja etc. Os objetivos do controle social através de sua territorialização variam conforme a sociedade ou cultura, o grupo e, muitas vezes, com o próprio indivíduo (no caso da diferença de gênero, por exemplo). Controla-se uma "área geográfica", ou seja, cria-se o "território", visando "atingir, afetar, influenciar ou controlar pessoas, fenômenos e relacionamentos" (HAESBAERT, 2007, p. 22).

O intuito da construção do território de saúde é o de controlar da melhor forma o acesso, e os mecanismos de interdição podem ser percebidos como barreiras normais, naturalizadas. Acompanhamos a implantação de um dos funis, o 0800 da saúde, que não existia quando começamos nossa pesquisa. O retorno para consulta de verificação, no caso de Piedade, começou com um problema, pois o 0800 da saúde foi um grande limitador, demonstrando sua qualidade na restrição do acesso à UBS.

O agendamento das consultas se dava pelo contato direto da população com os funcionários do serviço de saúde e os impedimentos poderiam ser enfrentados com insistência e negociação, ainda que também contando com a retaliação por parte de funcionários da UBS. Piedade, por exemplo, tem sucesso ao encontrar uma conhecida que trabalha como funcionária da UBS. A amizade auxilia a encontrar o nome de sua agente de saúde, e, assim, facilitar o acesso à consulta.

Nesse trecho da narrativa de Piedade, o território, que é, na perspectiva de Raffestin, estrutural, através da territorialidade, retoma seu caráter temporal. A temporalidade é um dos códigos que compõem os sentidos do território, esse tempo é parcialmente formalizado através da burocracia do Estado, mas, por outro lado, o excesso que, por sua vez, transforma-se em demora, não o é, é um subproduto de elementos que estão fora da compreensão de Piedade. Piedade é o que Raffestin denomina de ator parassintagmático, um ator que sofre ação territorial, ou seja, apesar de compor o território, Piedade não pode modificá-lo, e, às vezes, nem mesmo compreendê-lo.

3.7 Interações e conflitos: a perspectiva dos funcionários da UBS

Leoni é funcionária do *topos* da recepção, onde se concentra grande parte das interações conflituais da UBS, contudo, apesar do trabalho desgastante, Leoni defende o SUS como modelo de sistema de saúde: “mas o SUS em si, entre particular e o SUS, muita das vezes, o SUS ele meio que vai mais rápido um pouquinho do que o particular”.

Quando observamos o *topos* da recepção percebemos o caráter de programação dos serviços prestados, onde a previsibilidade era total, representada pelo fechamento do sentido, caracterizado pela indiferença e pela inflexibilidade, como na descrição de Piedade:

Eu perguntei quem poderia me dizer isso, e elas me disseram que era apenas o coordenador da unidade básica de saúde, quando eu estava indo para perguntar, porque elas disseram que não tinha como marcar, elas simplesmente não marcaram (...) (Entrevista oral, Piedade, em 06/08/2018).

Piedade narra o que também conseguimos observar em campo, a inflexibilidade com que muitas vezes os funcionários do *topos* tratavam os usuários. Por outro lado, nas narrativas dos usuários, não identificamos a retaliação feita pelos usuários que encontramos nas observações realizadas em campo. Nos dias em que o “sistema caiu” e por isso os agendamentos tiveram que ser feitos na recepção, observamos os usuários xingarem os

funcionários da recepção, falarem em tom alto ou ainda lançar mão de ameaças e intimidações.

Pela regularidade das atuações percebidas durante a fase da observação, caracterizamos do papel temático previsto para os funcionários da recepção. Este pareceu-nos pautado pelo trabalho automático definido pela burocracia, caracterizando, na maioria das vezes, uma interação marcada pela indiferença traduzida no “semblante”, concebida por Leoni como estratégica para lidar com os usuários a própria rotina:

Teve uma paciente, questão de mim mesmo, eu graças a Deus, quando eu entrei ali, eu vi, eu pensei, será que eu vou dar conta, será que eu não vou dar? Acabei dando, mas, teve uma paciente que do nada... que por causa da correria, a gente acaba, a expressão fica assim, sério, com a expressão mais séria, e tal, ela veio e ela comentou assim – Nossa, mas você é tão séria – e eu já não sou, não me expresso assim, mas quando o fluxo tá maior a gente acaba passando uma impressão para o paciente que não devia, né, porque o certo é a gente tá com aquela cara sorrindo, mas nem sempre a gente faz assim, a gente faz o possível, as pessoas não entendem. Aí ela chegou e falou assim – ah! Eu não sou muito você não – não sei se foi a forma no dia que eu estava, se foi o fluxo, fechou a cara, tipo assim: todas as outras pessoas que chegam, você se dá super bem, tem gente que só volta quando eu estou, tem aquela preferência né. Mas a gente sempre não agrada todos (Entrevista oral, Leoni, em 07/08/2018).

Leoni, que aparentava estar bem resolvida atrás da “máscara” de seu papel temático, narra-nos um episódio que a marcou enquanto funcionária da UBS, quando foi confrontada por um usuário que afirma: “ah! Eu não sou muito você não”, que pode ser compreendido como uma declaração de desgosto quanto à funcionária. Pelo que acompanhamos nas observações, era previsível que esse tipo de enfrentamento acontecesse, contudo, a funcionária traz outros elementos para além da aparência das ações observadas. Outro momento que podemos observar uma tomada de decisão diferente na interação dos usuários dos funcionários da UBS, é quando Piedade encontra um funcionário “conhecido” que a ajuda a achar o nome da sua agente de saúde para que o atendimento aconteça, assim, fugindo de sua percurso de trabalho para ajudar na ação de Piedade.

Percebemos no enunciado de Leoni a pressão e o estresse do trabalho diário, repetindo a necessidade da espera: “‘Gente calma, todos vão ser atendidos’, mas aí tem aquela devida paciência, tem uns que lhe acaba, você respira fundo, e olha, tem chão ainda pela frente” (Entrevista oral, Leoni, em 07/08/2018). A repetição do stress propicia adoecimento psicossomático e/ou autoimune, conforme fala Leoni a respeito de uma amiga de trabalho:

(...) por exemplo, quando está muito, muito, muita gente ali, ela muita das vezes ela vai para o almoço e não volta mais, como aconteceu hoje... hoje ela estava com o semblante bem cansado, não falava nada, a gente que é colega a gente conhece... (Entrevista oral, Leoni, em 07/08/2018).

Situação análoga observamos acontecer com Pombinha, agente de saúde da UBS. Pombinha narra-nos suas visitas à casa das pessoas, e, dentre essas narrações ela cita algumas relações polêmicas que aconteceram, decorrentes de complicações do *topos* da recepção:

Sim, na minha área, quando eu cheguei, ele [morador do bairro que Pombinha trabalha] me tratou super bem, aí depois, até mesmo porque a gente já era conhecido, né, aí ele... daí eu percebi que ele estava precisando de ajuda, em questão de uma consulta, porque ele me relatou alguns problemas, e aí, eu peguei e falei com ele, “procura um médico, vai na unidade, marcar uma consulta”, daí ele foi lá e não foi bem recebido, daí eu fui lá, quando eu voltei ele me tratou mal, não quis me receber, me tratou mal. Daí eu me estranhei assim, né, apesar de que tinha pouco tempo que eu estava na profissão, mas a amizade a gente tem faz muito tempo [pausa] daí eu pensei, “meu Deus, como eu vou encarar vir aqui de novo”, aí eu fui conversei com a esposa dele, daí ela me disse – A gente aqui não mais para aguentar, meus filhos, e eu não sei o que fazer – aí eu sei que eu fui e voltei de novo, persisti, daí fui lá, conversei com o enfermeiro, marquei uma consulta, e pediu que ele não fosse com ignorância, porque se fosse, ele não iria atender, daí eu chamei ele, fui na casa dele e comecei a tentar explicar para ele não ir com ignorância lá, aí ele me entendeu e foi e resolveu o caso, porque se ele não tivesse ido, eu acho que ele não estava mais nem contando história, daí hoje eu chego lá, ele me agradece... Mas aquela ignorância, é com todo mundo (Entrevista oral, Pombinha, em 08/08/2018).

Pombinha se coloca como uma destinadora de um programa narrativo de manipulação, doadora do objeto valor: garantia de acesso à UBS e a realização de consulta. Contudo, após ser modalizado por um querer fazer (que o leva a um programa de competência), o sujeito se vê frustrado, pois o objeto valor, uma consulta, não é cedido pelo *topos* da recepção, o que causa uma situação constrangedora para Pombinha, que ainda insiste. Pombinha entra em mais um programa narrativo com o sujeito, um programa de competência, e cede-lhe mais um objeto modal, um saber se portar, que o ajuda quando o sujeito entra em interação como o *topos* da recepção, e enfim, o sujeito entra em conjunção com seu objeto valor, sua consulta. É importante perceber que, durante a interação com o citado sujeito, Pombinha relata muitas interações violentas, e retaliação que são respostas a interações que ela mesma não teve.

Assim, parece-nos que os sujeitos funcionários da UBS precisam desenvolver estratégias de trabalho para se relacionar com os usuários, pois os próprios funcionários encontram dificuldades para desenvolver seu papéis, muitas vezes desdobramentos que estão fora de seu alcance. Um exemplo ocorreu quando o sistema ficou inoperante e os funcionários tiveram que voltar a trabalhar com fichas, que muitas vezes estavam desatualizadas, pelo fato de estarem alimentando as informações no programa que organiza os agendamentos.

Outra situação é a falta de médicos, falta de medicamentos ou instrumentos de trabalho. O funcionário do *topos* da recepção deve dar resposta a todos esses problemas, frente ao usuário que, por sua vez, frustrado (como percebemos no capítulo dois), usa de

agressões e ameaças. Essas relações conflituosas geram problemas por toda a estrutura de trabalho, como por exemplo com relação ao trabalho de Pombinha.

3.8 Das dificuldades do trabalho no campo da saúde pública

Para os funcionárias que pertencem a áreas menos conflituosas, questionamos acerca das principais dificuldades enfrentadas – em suas trajetórias trabalhando na UBS – com relação a seus trabalhos. Estela narrou-nos sua relação enquanto sujeito da enfermagem, quando, a princípio não gostava da profissão. Porém, Estela conta ter sido seduzida pela enfermagem, modalizada por um querer fazer que a levou a adquirir sua formação como enfermeira.

Ah!, vou fazer, a princípio eu não gostava muita da matéria, não gostava muito a essência o cuidar, que é a essência da enfermagem, percebi que nasci para cuidar de pessoas, né, porque assim, a enfermagem ela requer um cuidado muito, holístico digamos assim. Por exemplo, você tem que perceber que você não pode olhar só para si, você tem que olhar um a pessoa como um todo, perceber que aquela pessoa precisa de ti, e você é aquela pessoa quem vai ajudar, essa pessoa aí, então assim a enfermagem quem me ganhou, caí de paraquedas, e aí fui me apaixonando, e aí hoje eu sou uma enfermeira realizada (Entrevista oral, Estela, em 04/08/2018).

Assumir o papel temático de enfermeira implica mais que uma aquisição de natureza cognitiva, implicando o gosto por cuidar do próximo, uma forma específica de enxergar o mundo. Estela tece essa narração para nos dizer que um dos problemas enfrentados por ela, em sua trajetória enquanto enfermeira, foi a dificuldade em adquirir o gosto pelo cuidar, sendo esse um dos problemas pessoais. Ainda com relação aos problemas na formação de um enfermeiro, Estela comenta:

(...) aí beleza, você faz um faculdade, é quatro anos, você sai achando que sabe de tudo, mas você sai crua, principalmente da área da saúde que requer muita pratica, digamos assim, então a maior dificuldade que eu tive, foi realmente conseguir me adequar a rotina do posto de saúde, porque assim, na faculdade a gente tem estágios que vão de um a duas semanas digamos assim, aí a gente pega revê rotina, a gente pega um breve atendimento, para ter uma noção, então quando eu vim para cá, para essa unidade básica, eu tive que me adequar a rotina da unidade, eu tive que aprender a me relacionar com pessoas, tratar pessoas bem, conversar com as pessoas, porque a conversa é a chave de tudo, você que conversar bem, se relacionar bem com isso, se você não conseguir, a enfermagem não é o melhor ramo pra ti nessa área (Entrevista oral, Estela, em 04/08/2018).

Segundo Estela, uma dificuldade no trabalho de enfermagem é se adequar ao trabalho de uma UBS, ou seja, a aquisição de um saber que só se adquire na prática, além da graduação: “aí beleza, você faz uma faculdade, é quatro anos, você sai achando que sabe de tudo, mas você sai crua, principalmente da área da saúde que requer muita prática”

Um elemento que todos os entrevistados da UBS citaram é a falta de materiais para se trabalhar. Assim como aconteceu com todos os outros trabalhadores, Estela não precisou de onde viria esse problema.

uma outra dificuldade, que não é só minha, é assim, não é só o meu ponto de vista, mas de todos os profissionais, da área da saúde é a falta de estruturação e material, porque assim, a enfermagem ela tem um apelido, digamos assim, que é, como fala, que a gente costuma falar “gambiarra”, a enfermagem faz muito disso, porque assim, a gente não tem estrutura para muita coisa aí a gente olha tem que se virar com o que tem para cuidar o paciente, porque a profissão de enfermagem é isso, é cuidar, ajudar, dar aquela paciente uma recuperação mais acessível, então, uma das maiores dificuldades que eu estou me lembrando agora, a adequação da rotina do posto, como qualquer outro, é a falta de material e de estruturação (Entrevista oral, Estela, em 04/08/2018).

Esse é um problema que entendemos afetar a todos os envolvidos no que é a UBS, os responsabilizados pelos problemas da saúde pública são os que menos conhecem como ela funciona. Para isso colabora a divisão do trabalho, a segmentação das ações, a invisibilidade das instâncias superiores de decisão do poder público. Se a participação popular fosse viável, na construção do território da UBS (como previsto em lei), provavelmente o entendimento poderia ser construído em grupo e, talvez, a responsabilidade poderia ser compartilhada, construindo entre funcionários e usuários mais condições de enfrentamento dos problemas.

Miranda, por outro lado, tem uma representação de que a gestão é permissiva, deixando que aconteçam esquemas de corrupção que incidem gravemente na ausência de médicos para atendimento. Estes se beneficiariam do setor público para interesses privados, sob a anuência do gestor.

(...) Aqui mesmo, você vê a falha grande da gestão, porque o que eles fazem, ficou a médica saiu, entrou na residência, aí eles mantêm três meses girando, porque uma equipe recebe valor X dependendo do tipo de equipe, né, tem equipe que é formada só por enfermeiro, quando não tem médico, que é a modalidade 1, depois a modalidade 2 que é o médico o enfermeiro, e tem mais outra modalidade 3, que tem médico, enfermeiro e o dentista, mas o seu técnico, eles mantêm sem médico, três meses como se tivesse médico, por isso que sempre tem unidade faltando médico, aí eles recebem, quando está para perder aquela questão, eles colocam outro médico, aí é onde vem a leva do recém formado, que vem ali só para passar um tempinho, pagar o medicurso dele e pagar as viagens para fazer as provas de residência (...) (Entrevista oral, Miranda, em 02/08/2018).

Miranda representa os problemas da saúde pública, e, no texto, apresentamos um deles, de uma forma mais profunda, tendo informações exteriores à UBS, elementos que os funcionários de forma geral não apresentaram, muito menos os usuários. Entendemos, dessa forma, que a posição de privilégio na estrutura da UBS (longe dos conflitos) se refletem também no acúmulo de capital burocrático e intelectual.

Por fim, asseveramos a importância do controle social (participação social, já prevista em lei) para a construção do território, e também para a fiscalização e, mais importante, para o diálogo com a população e compartilhamento das informações para tornar os ambientes de atendimento mais suportáveis de se trabalhar, assim, gerando possibilidades de a população tornar-se aliada na luta política por melhores condições de trabalho e de atendimento.

CONCLUSÃO

Dividimos o espaço da unidade básica de saúde em dois sistemas diferentes, o sistema da prevenção e o sistema da doença, que são duas classificações baseadas no percurso dos sujeitos usuários. O sistema da prevenção é o percurso que uma pessoa faz quando está doente e precisa se tratar, assim, analisamos cada compartimentação do território (a recepção, a triagem e a consulta), atentos também para o momento de espera entre cada uma dessas salas – o elemento que transforma esses espaços em sistema são os prontuários que antecipam o sujeito usuário que virá ao atendimento.

Sobre o sistema da doença, percebemos que o conflito foi muito intenso no começo do percurso (na recepção), sendo suavizado até se tornar quase neutro (no momento da consulta), ou seja, a violência simbólica, quando acontece, se dá de forma mais direta no começo do percurso e torna-se mais refinada e sutil com a progressão do atendimento.

Diferente do sistema da doença, o sistema da prevenção foi completamente marcado por interações polêmicas (violência simbólica e, às vezes, violência direta) nas quais, por falta de materiais ou pelas condições de trabalho precárias, os trabalhadores/funcionários da UBS não podiam resolver as demandas dos usuários que, por sua vez, retaliavam com violência, às vezes explícitas (xingamentos, ameaças). Entendemos que, no momento da interação, os dois tipos se culpavam, impossibilitando o diálogo e a busca por soluções.

Do ponto de vista das narrativas tecidas pelos sujeitos usuários, identificamos um excesso de programas narrativos de competência que evidencia o sequestro da agência dos usuários que há na UBS, gerando irritação, frustração e descrença nos usuários. Outro ponto relatado foi a existência de atendimentos regidos pelo regime de interação (ou, melhor dizendo, regime de não interação) da programação, no qual os sujeitos usuários foram tratados com indiferença, situação que interrompe um atendimento minimamente aceitável para uma população muitas vezes pobre e sem recursos para uma consulta particular.

Os trabalhadores/funcionários da UBS (que ocupam posições mais subalternizadas), narram sobre seu trabalho focando nas situações violentas e como esses eventos os afetam, todos os dias, além de narrarem sobre a precarização das condições de trabalho. Os funcionários que ocupam posições de mais prestígio na UBS, por sua vez, relataram sobre as dificuldades enfrentadas ao adentrar em uma área como a da saúde pública, tendo que fazer plantões extensos e que aprender a se relacionar com as pessoas. Foi citada também como problema a falta de recurso (de forma geral), problema que atravessa toda a estrutura de prestação de serviços da UBS, entretanto, os sujeitos pouco conseguiam precisar de onde

emanava os muitos problemas resultantes da falta de recursos, elemento que reforçou para nós a importância do controle social e discussão contínua com a sociedade, na gestão da UBS.

Acreditamos, portanto, termos alcançados os objetivos propostos para essa pesquisa e respondido à questão inicial, a saber: qual é a representação dos problemas da saúde pública pelos sujeitos que dela se utilizam ou que nela atuam como profissionais? Demos alguns passos na construção das respostas dessa questão, que apenas poderá se resolver definitivamente quando a comunidade puder fazer seu papel de controle social.

Ademais, destacamos a importância dessa pesquisa para o campo acadêmico através da contribuição da interdisciplinaridade entre os estudos do território e da semiótica greimasiana, bem como sua relevância para a sociedade, mais especificamente aos trabalhadores/funcionários e usuários da UBS que, com a finalização deste trabalho, se beneficiarão de uma visão semiótica de seus problemas e das potencialidades que certas ações podem ter para a construção de um território mais justo e ameno para se trabalhar e para se tratar.

REFERÊNCIAS

AGUIAR, Z. N. Antecedentes históricos do sistema único de saúde (SUS)-breve história da política de saúde no Brasil. SUS Sistema Único de Saúde-antecedentes, percursos, perspectivas e desafios. São Paulo. **Martinari**, p. 15-40, 2011

AMADO, J. Região, Sertão e Nação. In: **Revista Estudos Históricos**, v. 8, n. 15, p. 145-152, 1995.

AUDRIN, J. M. **Os sertanejos que eu conheci**. José Olympio, 1963.

BARROS, Diana Luz Pessoa de. Teoria Semiótica do Texto. 4 ed. São Paulo: Ática, 2005.

BERNARDES, Anita Guazzelli. Território e acesso: Questões sobre as políticas de saúde. **Avances en psicología latinoamericana**, v. 35, n. 2, p. 339-349, 2017.

BERTOLLI FILHO, Cláudio. História da saúde pública no Brasil. In: **História da saúde pública no Brasil**. 1996

BOURDIEU, P.; CHAMBOREDON, J.; PASSERON, J. **O Ofício de Sociólogo**: metodologia da pesquisa na sociologia. Vozes, 2004.

_____ et al. **O poder simbólico**. 1989.

BRUYNE, P. de; HERMAN, Jacques; SCHOUTHEETE, M. de. Dinâmica da pesquisa em ciências sociais: os pólos da prática metodológica. In: **Dinâmica da pesquisa em ciências sociais**: os pólos da prática metodológica. Editora, Cidade, 1982.

COELHO, Juliana Sousa. Construindo a participação social no SUS: um constante repensar em busca de equidade e transformação. **Saúde e Sociedade**, v. 21, p. 138-151, 2012.

CRUZ, Marly Marques. Concepção de saúde-doença e o cuidado em saúde. 2012.
DE SOUZA, Luis Eugenio Portela Fernandes. saúde pública ou saúde Coletiva?. **Espaço para a Saúde-Revista de Saúde Pública do Paraná**, v. 15, n. 4, p. 7-21, 2014.

DE AZEVEDO, Aluísio. **O cortiço**. e-galáxia, 2017.

Departamento Nacional de Saúde Pública. Disponível em:
<<https://cpdoc.fgv.br/sites/default/files/verbetes/primeira->

[republica/DEPARTAMENTO%20NACIONAL%20DE%20SA%C3%9ADE%20P%C3%9A BLICA%20\(DNSP\).pdf](republica/DEPARTAMENTO%20NACIONAL%20DE%20SA%C3%9ADE%20P%C3%9A BLICA%20(DNSP).pdf)>. Acesso em: 12 fev. 2018.

FALLEIROS, Iallê et al. A Constituinte e o Sistema Único de Saúde. **PONTE**, 2010.

FERREIRA, Sônia Maria Isabel Lopes; DE SOUZA PENTEADO, Maridalva; DA SILVA JÚNIOR, Milton Ferreira. Território e territorialidade no contexto hospitalar: uma abordagem interdisciplinar. **Saúde e Sociedade**, v. 22, n. 3, p. 804-814, 2013.

FIORIN, J. L. **Elementos de análise do discurso**. Editora Contexto, 2011.

FLICK, Uwe. **Introdução à Pesquisa Qualitativa-3**. Artmed Editora, 2009.

FLOCH, J. Alguns conceitos fundamentais em semiótica geral. In: **Documentos de estudo do Centro de Pesquisas Sociosemióticas**, v. 1, 2001.

FOUCAULT M. **O nascimento da clínica**. Trad. Roberto Machado. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2008.

_____. **Vigiar e Punir**. Lisboa: Leya, 2014.

_____. **História da Loucura na Idade Clássica**. São Paulo: Perspectiva, 1997.

_____. **Microfísica do poder**: organização e tradução de Roberto Machado. Rio de Janeiro: Edição Graal, v. 4, 1979.

GIL, A. C. Como elaborar projetos de pesquisa. **São Paulo**, v. 5, n. 61, p. 16-17, 2002.

GREIMAS, A. J. **Sobre o sentido**: ensaios semióticos. Petrópolis, RJ: Vozes1975.

_____.; COURTÉS, J. **Dicionário de semiótica**. São Paulo: Contexto, 2008.

_____.; FONTANILLE, J. **Semiótica das paixões**. São Paulo: Ática, v. 57, n. 73, p. 100, 1993.

HAESBAERT, R. Dilema de conceitos: espaço-território e contenção territorial. In: **Territórios e territorialidades: teorias, processos e conflitos**. São Paulo: Expressão Popular, p. 95-120, 2009.

_____. **O mito da desterritorialização: do “fim dos territórios” à multiterritorialidade**. Bertrand Brasil, 2004.

HAMMAD, M.; ARANGO, S.; DE KUYPER, E.; POPPE, E.. O espaço do seminário. **EntreLetras**, v. 7, n. 2, p. 28-59, 2017.

HERZOG, Regina. A percepção de si como sujeito-da-doença. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 1, p. 143-155, 1991.

KRUG, R. Hibridismo e estesia no livro de artista: uma reflexão entre arte e semiótica. In: **Revista Práxis**, v. 1, 2007.

LANDOWSKI, E. **As interações arriscadas**. Trad. Luiza Silva. São Paulo: Estação das Letras e das Cores, 2014.

_____. **Presenças do outro: ensaios de sociossemiótica**. São Paulo: Perspectiva, 2002.

_____. Regimes de espaço. **Galáxia (Online)**, São Paulo, n. 29, p. 10-27, jun. 2015.

_____. Sociossemiótica: uma teoria geral do sentido. **Galáxia**. Revista do Programa de Pós-Graduação em Comunicação e Semiótica. ISSN 1982-2553, n. 27, 2014.

LAVILLE, C.; DIONNE, J. **A construção do saber: manual de metodologia da pesquisa em ciências humanas**. Artmed; UFMG, 1999.

Liga Pró-saneamento do Brasil. Disponível em:

<<http://cpdoc.fgv.br/sites/default/files/verbetes/primeira-republica/LIGA%20PR%C3%93-SANEAMENTO%20DO%20BRASIL.pdf>> Acesso em: 12 fev. 2018.

MARQUES, Eduardo Cesar. Da higiene à construção da cidade: o Estado e o saneamento no Rio de Janeiro. **História, Ciências, Saúde–Manguinhos**, v. 2, n. 2, p. 51-67, 1995.

MARSHALL, S. **Ilhas de história**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1990.

MATTA, Gustavo Corrêa. Princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde. In: **Políticas de saúde: organização e operacionalização do Sistema Único de Saúde**. 2007. p. 61-80.

MEDEIROS, E. A.; SILVA, L. H. O. Leitura interdisciplinar de uma narrativa dominicana sobre sertão e sertanejos do norte brasileiro na primeira metade do século XX: diálogos entre História e sociosemiótica. **Revista Sapiência: sociedade, saberes e práticas educacionais**, v. 3, n. 1, p. 05-30, 2014.

PIRES-ALVES, FERNANDO A.; PAIVA, CARLOS HENRIQUE ASSUNÇÃO; FALLEIROS, Ialê. Saúde e desenvolvimento: a agenda do pós-guerra. **Na corda bamba de sombrinha: a saúde no fio da história**, p. 153-165, 2010.

POMBO, O. Epistemologia da interdisciplinaridade. In: **Seminário internacional: interdisciplinaridade, humanismo, universidade**, Porto: Faculdade de Letras da Universidade do Porto, 12-14 de novembro, 2003

PONTE, C. F. **O Sanitarismo e os projetos de nação**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.

_____; LIMA, N. T.; KROPF, S. P. Na corda bamba de sombrinha: a saúde no fio da história. In: **O sanitarismo (re) descobre o Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz/COC, p. 73-112, 2010.

RAFFESTIN, C. A produção das estruturas territoriais e sua representação. In: **Territórios e territorialidades: teorias, processos e conflitos**. São Paulo: Expressão Popular, p. 17-35, 2009.

_____; SANTANA, O. M. G. **Por uma geografia do poder**. Rio de Janeiro: Ática, 1993.

RAMALHO e OLIVEIRA, S. R. **Novos desenvolvimentos da semiótica: aspectos do pensamento de Eric Landowski**. Disponível em: <http://www.anpap.org.br//anais/2011/pdf/ceav/sandra_regina_ramalho_e_oliveira.pdf>. Acesso em 15 dez. 2016.

REIS, JRF. Vargas e a Previdência: entre a dádiva e o direito. Na corda bamba de sombrinha: a saúde no fio da história. Observatório História e Saúde (COC). Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, p. 121-137, 2010.

ROLIM, Leonardo Barbosa et al. Participação popular e o controle social como diretriz do SUS: uma revisão narrativa. **Saúde em debate**, v. 37, p. 139-147, 2013.

SANTOS, L. A. C. Poder, ideologias e saúde no Brasil da Primeira República: ensaio de sociologia histórica. In: HOCHMAN, G., and ARMUS, D., orgs. *Cuidar, controlar, curar: ensaios históricos sobre saúde e doença na América Latina e Caribe* [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2004

SANTOS, Luiz Antonio de Castro. O pensamento sanitaria na Primeira República: Uma ideologia de construção da nacionalidade. *Dados. Revista de Ciências Sociais*, Rio de Janeiro, v.28, n.2, p.193-210, 1985

SANTOS, Milton. **A natureza do espaço: técnica e tempo, razão e emoção**. Edusp, 2002.

SAQUET, M. A. **Abordagens e concepções de território**. São Paulo: Expressão Popular, 2007.

SEVCENKO, Nicolau. Literatura como missão: tensões sociais e criação cultural na Primeira República. São Paulo: Companhia das Letras, 2003. SIMMEL, Georg. **Sociología: estudios sobre las formas de socialización**, v. 2.

SILVA, L. H. O. Análise semiótica de mapas das eleições presidenciais de 2014: fraturas no discurso da identidade nacional. **Revista do GELNE**, Natal/RN, v. 19, Número Especial, p. 166-177, 2017.

SWARTZ, D. O Estado como Banco Central do Crédito Simbólico. In: SOUZA, J.; BITTLINGMAYER., orgs. **Dossiê Pierre Bourdieu**. Belo Horizonte: Editora da UFMG, 2017.

ZILBERBERG, C. **Elementos de semiótica tensiva**. São Paulo: Ateliê Editorial, 2011.

ANEXOS

Anexo 1

QUESTIONÁRIO

Cidade: _____

Bairro _____

Idade: _____ Sexo: () M () F Profissão _____

Marque um X na alternativa que representa a sua resposta.

1 – Qual tipo de serviço de saúde sua família usa?

a) () Público b) () Privado c) () Convênio (Plano de Saúde)

2 – Em sua família, há pessoas com doenças crônicas (diabetes, hipertensão etc.) ou que estiveram doentes recentemente?

a) () Sim b) () Não

3 – Você já utilizou a Unidade Básica de Saúde (postinho) do seu bairro?

a) () Sim b) () Não

4 – Se respondeu SIM na questão anterior, há quanto tempo você usou o posto de saúde do seu bairro? Se respondeu NÃO, passe para a questão de nº 5.

a) () 1 a 3 meses atrás b) () 3 a 6 meses atrás c) () 6 a 9 meses atrás
d) () 9 meses a 1 ano atrás

5 – Quanto você se sente dependente do SUS?

a) () Não me sinto dependente b) () Pouco dependente c) () Dependente
d) () Muito dependente

6 – Quanto você se sente contemplado pelos serviços da Unidade Básica de Saúde (postinho) do seu bairro?

a) () Nada contemplado b) () Pouco contemplado c) () Contemplado
d) () Muito contemplado

7 – Como você avalia o acesso aos serviços (consultas, exames etc.) da Unidade Básica de Saúde (postinho) do seu bairro?

a) () Ruim b) () Razoável c) () Bom d) () Muito bom

8 – Você se sente acolhido na Unidade Básica de Saúde do seu bairro?

a) () Não me sinto acolhido b) () Pouco acolhido c) () Acolhido d) () Muito acolhido

9 – O que você acha do uso da medicina natural/alternativa, como, por exemplo, o uso de chás para aliviar sintomas de alguma doença?

a) () Sou indiferente b) () Não me interessa c) () Uso com reservas
d) () Uso com frequência