

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE HUMANIDADES
UNIDADE ACADÊMICA DE CIÊNCIAS SOCIAIS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SOCIOLOGIA**



THAISA SANTOS DE ALMEIDA

**CAMPINA GRANDE, PB.
2008**

Thaia Santos de Almeida

**Análise da Atuação dos Agentes Comunitários de Saúde: Um
Estudo de Caso do Assentamento Massangana III/PB**

Dissertação de mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Sociologia da UFCG como requisito para obtenção do título de Mestre em Sociologia, sob a orientação da Prof^a Dr^a Ramonildes Alves Gomes.

Campina Grande, fevereiro de 2008.





A447a Almeida, Thaisa Santos de
Análise da atuação dos agentes comunitários de saúde :
um estudo de caso do Assentamento Massangana III/PB /
Thaisa Santos de Almeida. - Campina Grande, 2008.
173 f. : il.

Dissertação (Mestrado em Sociologia) - Universidade
Federal de Campina Grande, Centro de Humanidades.

1. Assentamentos Rurais - 2. Agentes Comunitários de
Saúde 3. Massangana III - I. Gomes, Ramonildes Alves, Dra.
II. Universidade Federal de Campina Grande - Campina Grande
(PB) III. Título

CDU 316.334.55(813.3)(043)

Thaiza Santos de Almeida

**Análise da Atuação dos Agentes Comunitários de Saúde: Um
Estudo de Caso do Assentamento Massangana III/PB**

Aprovada em ____ / ____ / ____

BANCA EXAMINADORA

Prof.^a. Dr.^a. Ramonildes Alves Gomes
Orientadora

Prof. Dr. Russell Parry Scott
Examinador Externo

Prof. Dr. Roberto Veras
Examinador Interno

Prof. Dr. Luis Henrique Hermínio Cunha
Suplente

**A minha família, amigos e amigas que me
acompanharam em mais uma peleja.**

AGRADECIMENTOS

De forma nada convencional, vou deixar que minha formação de psicóloga, os lampejos de minha militância de esquerda e meu atrevimento em “poetizar” os causos da minha vida, desenhem o começo ou fim desses agradecimentos.

Foi sendo demasiadamente humana e sem conseguir por um freio na máquina do mundo drummoniana que enfrentei os percalços quase insuportáveis no fazer deste trabalho, que vividos sob o signo da dicotomia cartesiana, insistentes em sobreviver na academia, foi quase que fatal para a conclusão deste trabalho.

Bem, *“despida de qualquer vaidade”*, como diz meu amigo **Flávio Carneiro**, me sinto vitoriosa. Na petulância de desafiar aos deuses do Olimpo e querer alcançar o Sol, tive minhas asas de cera quase derretidas, como as de Ícaro. Ou ainda fui Sísifo, “penitenciado” a repetir o mesmo movimento sem fim de rolar uma pedra morro acima e esperar que ela voltasse para começar tudo de novo, e de novo.

Mas enfim, quebrei as regras. Fui exemplada. Mas consegui romper com a suposta determinação de meu destino. E isto não teria sido possível sem a ajuda de **Deus**, a confiança depositada em mim pela minha mãe **Maria de Fátima Clementino dos Santos** e meu irmão **Íthalo Iankel dos Santos**, o apoio de tantos amigos e em especial a **Moisés de Lima André**, **Kércia Paulino**, **Nilo Tavares Neto** e **Josete Crispim** (estes dois últimos amigos em especial, pelas tantas vezes que me ajudaram com as panes quase fatais do meu computador), a colaboração afetuosa de funcionários do PPGS como **Rinaldo** e **Roseli**. Além claro, da confiança depositada em meu potencial pelos professores de minha banca de qualificação composta pela professora Dr^a da UEPB **Thelma Grisi** e o professor Dr. **Roberto Veras** da UFCG. Encerro agradecendo a minha orientadora **Ramonildes Alves Gomes** que *“me fez caminhar com minhas próprias pernas”*, ao **NEAD** e ao **CAPES**.

Os urubus bichos ativos mas sem dotes para o canto resolveram mesmo contra a natureza que havia de se tornar grandes cantores. Encomendaram diplomas e combinaram provas entre si para escolher quais deles passariam a mandar nos demais. Passaram-se décadas até que a patética harmonia dos urubus maestros foi abalada com a invasão da floresta por canários tagarelas. Os velhos urubus encrespados entortaram o bico e convocaram canários e periquitos. Nunca haviam freqüentado escola de canto pois o canto nascera com eles. Não, não, não assim não pode, cantar sem os documentos devidos é um desrespeito a ordem. Moral da história: em terra de urubus diplomados não se ouve os cantos dos sabiás [...].

Mundo Livre S/A

RESUMO

O objeto de pesquisa do presente estudo é a dinâmica social dos processos que envolvem a atuação do Agente Comunitário de Saúde (ACS) no Projeto de Assentamento (PA) Massangana III, localizado no KM 57 da BR 230 em Cruz do Espírito Santo/PB. A hipótese erigida é que a atuação do ACS não tem possibilitado a ampliação dos espaços públicos como espaço de interlocução, participação e construção de sujeitos de direitos. Uma vez que, tal atuação depara-se com práticas e estilos arbitrários, a exemplo do clientelismo e do autoritarismo. Nessa conjuntura, as ações na área de saúde acabam se apresentando de modo limitado ao mesmo tempo em que também se afastam da estratégia mais ampla de universalização das políticas de saúde. Sendo a pesquisa qualitativa de natureza etnográfica, o conjunto de técnicas que auxiliaram nossa análise foi o diário de campo, a observação participante, as conversas informais e as entrevistas semi-estruturadas. As circunstâncias específicas dessa pesquisa mostraram-se fundamentais tanto para reconstruir o cenário de atuação do ACS e do Programa Saúde da Família (PSF), como também para compor e caracterizar nossa rede de informantes. Portanto, a capacitação de ACS, a inauguração da Unidade Básica de Saúde (UBS) em Massangana III/PB e as visitas domiciliares, foram às circunstâncias as quais compuseram uma rede de 11 informantes. Dois destes sendo ACS, um responsável pela coordenação do programa e a secretária de saúde do município, duas enfermeiras do curso de formação dos ACS e, por fim, seis assentados assistidos pelo programa. Três eixos empírico-reflexivos foram sistematizados a partir da análise de dados e informações coletadas: I) as ações do programa; II) a institucionalização do PSF em Massangana III; III) a atuação dos ACS. Compreendemos a partir de então um duplo movimento, onde de um lado as mudanças nas políticas de saúde são viabilizadas pela assistência a esse setor por meio do ACS, e de outro, desenrolam-se outros processos de disputas e tensões, como a trajetória do assentamento marcada pelo clientelismo, os conflitos internos na localidade, a dependência dos assentados, a instabilidade empregatícia do ACS, a sobrecarga de atribuições a esses, a falta de uma atuação conjunta entre assentados e agentes comunitários, a precariedade de funcionamento do Conselho Municipal de Saúde (CMS) e, por fim, a manipulação da racionalidade do programa. Entretanto, por maiores que sejam as dualidades, contradições e limites existentes nesta experiência específica, esta nos permite delinear alguns desafios que se tem pela frente no processo de

ampliação dos espaços democráticos. Principalmente no que diz respeito ao uso do espaço público como direitos de todos. Permite ainda interpretar essas experiências democráticas, mesmo que em circunstâncias particulares e ambivalentes.

ABSTRACT

The object of research of the present study is the social dynamics of the processes that involve the performance of the Communitarian Agent of Saúde (ACS) in the Project of Nesting (PN) Massangana III, located in KM 57 of BR 230 in Cruz do Espírito Santo /PB. The erected hypothesis is that the performance of the ACS has not made possible the magnifying of the public spaces as space of interlocution, participation and construction of citizens of rights. A time that, such performance is come across with practical and arbitrary styles, the example of the clientelismo and the authoritarianism. In this conjuncture, the actions in the health area finish if presenting in limited way at the same time where also they are moved away from the universalização strategy amplest of the health politics. Being the qualitative research of etnográfica nature, the set of techniques that had assisted our analysis was the daily one of field, the participant comment, the informal colloquies and the half-structuralized interviews. The specific circumstances of this research had revealed in such a way basic to construct to the scene of performance of the ACS and the Program Health of Família (PSF), as well as to compose and to characterize our net of informers. Therefore, the qualification of ACS, the inauguration of the Basic Unit of Saúde (UBS) in Massangana III/PB and the visits domiciliary, had been to the circumstances which if had composed a net of 11 informers. Two of these being ACS, responsible for the coordination of the program and a secretariat of health of the city, two nurses of the course of formation of the ACS and, finally, six seated attended for the program. Three axles empiricist-reflexives had been systemize from the analysis and collected information: I) the actions of the program; II) the institutionalization of the PSF in Massangana III; III) the performance of the ACS. We understand a double movement from now on, where of a side the changes in the health politics are made possible by the assistance to this sector by means of the ACS, and of another one, other processes of disputes and tensions are uncurled, as the trajectory of the nesting marked for the internal guardianship, conflicts in the locality, the dependence of the seated ones, the employment instability of the ACS, the overload of attributions to these, the lack of a joint performance between seated and communitarian agents, the precariousness of functioning of the City council of Saúde (CMS) and, finally, the manipulation of the rationality of the program. However, for greater that are the existing dualidades, contradictions and limits in this specific experience, this allows in them to delineate some challenges that if have for the front in

the process of magnifying of the democratic spaces. Mainly in what it says respect to the use of the public space as right of all. It still allows to interpret these democratic experiences, exactly that in particular and ambivalent circumstances.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	13
CAPÍTULO I – ESPAÇOS PÚBLICOS: ESPAÇOS DE INTERLOCUÇÃO, PARTICIPAÇÃO E CONSTRUÇÃO DE ATORES	18
1.1. A inter-relação entre espaços públicos e a construção de atores sociais	18
1.2. Acerca do Estado: distinções e dimensões	26
1.2.1 A relação Estado e sociedade civil no campo das políticas públicas	36
1.2.2 Políticas públicas e políticas sociais no Brasil	40
1.2.3. Historicizando as políticas sociais no Brasil	49
1.3.O espaço dos assentamentos sob o olhar das políticas públicas	58
1.3.1. A atuação dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS): entre as políticas de saúde e o espaço social do assentamento	63
CAPÍTULO II – A POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL: DA INSTITUCIONALIZAÇÃO DO SUS A CONSTITUIÇÃO DO PSF	74
2. A institucionalização do SUS: arena de disputas e interesses	74
2.1.O PACS e o PSF: Alternativas para aprimoramento da política do SUS	84
2.2. O processo de racionalização que envolve o ACS	92
2.3. CMS e ACS: limites e possibilidades de ação no espaço público	93
CAPÍTULO III – A RECONSTRUÇÃO DA REALIDADE SOCIAL DE MASSANGANA III	102
3.1.Massangana III: um microcosmo social	102
3.2.A etnografia como opção metodológica	105
3.2.1.O uso das ferramentas metodológicas na reconstrução do cenário	108
3.2.2.A construção da rede de informantes	110
3.3Nas casas, pessoas se arrumavam. Nas ruas o palco se armava: a inauguração da UBS	112
3.4.A atenção à saúde: do acampamento sem-terra ao assentamento	116
3.5.O dito e o interdito sobre a institucionalização do PSF	121
3.6.O CMS: espaço para o exercício da ação e do discurso	127
3.7.Na arena após a festa: promessas e expectativas	131
3.8. A formação/capacitação dos ACS	134
3.9.O campo político de Massangana III	43
3.10. Distintas racionalidades	151
CONSIDERAÇÕES FINAIS	159

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

165

ANEXOS

174

INTRODUÇÃO

INTRODUÇÃO

O objeto de pesquisa do presente estudo é a dinâmica social dos processos que envolvem a atuação do Agente Comunitário de Saúde (ACS) no Projeto de Assentamento (PA) Massangana III. Uma vez que ao possibilitar instâncias de participação e democracia entre o Programa Saúde da Família (PSF) e a comunidade, a atuação do ACS depara-se com práticas e estilos arbitrários, a exemplo do clientelismo e do autoritarismo. Nessas circunstâncias, as ações na área de saúde acabam se apresentando de modo limitado ao mesmo tempo em que também se afastam da estratégia mais ampla de universalização das políticas de saúde. Nossa hipótese é que a atuação do ACS não tem possibilitado a ampliação dos espaços públicos como espaço de interlocução, participação e construção de sujeitos de direito. Portanto, o objetivo desta dissertação é analisar como PSF fomenta, através de seu desenho institucional, os processos de mudanças sociais para construção dos referidos espaços.

Para tanto, traçamos como objetivos secundários: identificar as possibilidades e limitações presentes na atuação do ACS que media a relação programa – assentamento; compreender a dinâmica das relações e tensões presentes na atuação do ACS, que se divide entre os interesses político-comunitários dos assentados e os interesses técnico-institucionais do PSF; historicizar a formação e a participação da comunidade no processo de implementação do PSF em Massangana III e por fim, compreender, a partir da dinâmica do PSF em Massangana III a presença das políticas públicas de saúde em áreas de assentamentos.

Criado em 1996 através da liderança do MST, PA Massangana III está localizado no km 57 da BR 230 no município de Cruz do Espírito Santo/PB. Possui 940 hectares de terra, 15 destes destinados à área coletiva, atualmente inativa, e os demais subdivididos em lotes agrícolas ocupados pelas 131 famílias assentadas. As terras de Massangana III faziam parte do imóvel rural denominado de Engenho Massangana constituído também pelas áreas denominadas de Massangana I e Massangana II, bem como seu *plantation* de cana-de-açúcar. O processo de conquista da terra em Massangana III foi marcado por embates e lutas em momentos distintos

No que diz respeito às atividades produtivas desenvolvidas em Massangana III, destaca-se a produção agrícola voltada para a subsistência. Especialmente produtos como abacaxi, caju, maracujá, manga, macaxeira, mandioca, milho e feijão, como

também a criação de algumas cabeças de gado e galinhas. Estes produtos servem tanto para o consumo familiar quanto para comercialização, embora esta última se caracterize por ser individual e esporádica, uma estratégia de luta familiar. As famílias que o fazem geralmente comercializam nas feiras livres de Cruz do Espírito Santo e Santa Rita não constituindo, portanto, a principal fonte de renda das famílias assentadas, mas apenas uma estratégia para obtenção de dinheiro em situações de emergência. A principal fonte de renda dos assentados advém do corte da cana-de-açúcar em uma usina da região, do trabalho nas casas de farinha do assentamento, do arrendamento de terras, da venda de mão-de-obra para outros pequenos produtores na condição de diaristas, do trabalho de pedreiro, ou ainda do exercício de outras atividades nos municípios circunvizinhos e no próprio assentamento, a exemplo dos ACS.

A escolha de Massangana III, como espaço para exercício da pesquisa, deve-se as relações que mantenho com o assentamento desde 2001 quando atuava na área realizando atividades acadêmicas pelo Departamento de Psicologia da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB). Durante este período acompanhei as histórias de conflitos internos e externos do assentamento e deste com o referido município. Pude perceber que embora a responsabilidade no conhecimento e articulação das atividades dos assentados seja de todos os envolvidos pelo PSF, as equipes de saúde da família (ESF) da zona rural e os poderes públicos municipais delegam a responsabilidade aos “elos” entre equipes e população assistida, no caso o ACS. Nessas circunstâncias os agentes comunitários apresentam um duplo comprometimento: o de representar os interesses dos assentados e aos interesses do programa. Estes conflitos no assentamento e responsabilização dos ACS pela situação da saúde suscitaram as provocações sobre mudanças nos processos sociais proporcionados pelo PSF e intercedidos pelo ACS.

Seguindo então uma perspectiva de análise processual das políticas públicas nos indagamos: primeiro, em que medida políticas de saúde como o PSF fomenta mudanças nos processos sociais de assentamentos ao criar e ampliar espaços de interlocução, participação e construção de sujeitos de direitos? Segundo, eleitos como sendo os “elos”, em que medida os ACS intercedem na relação entre programa e a população assistida? Uma vez que aos ACS apresentam-se distintas racionalidades e possibilidades de atuação. De um lado, em direção a tendência à universalização e a democratização das políticas sociais de saúde. E do outro lado, a reprodução de estilos políticos arbitrários, a exemplo do clientelismo e do autoritarismo. Para compreender os

meandros deste processo, os laços de proximidade com o assentamento Massangana III já estabelecidos justificam a escolha deste como *locus* da pesquisa.

Entre maio e setembro de 2006 transcorreu o período de trabalho de campo em Massangana III. Período constituído de idas e vindas com exceção dos dias 09 a 10 de setembro. Dia da inauguração das instalações da nova Unidade Básica de Saúde (UBS) do assentamento e no qual me hospedei na casa de um assentado. O método escolhido para coleta e análise foi o qualitativo de natureza etnográfica, uma vez que nos permite registrar as distintas formas de relação e de práticas sociais, bem como a dinâmica e a fluidez de uma série das relações. Para tanto, o conjunto de técnicas que nos ajudou a traduzir as circunstancialidades que compuseram tanto o cenário de Massangana III quanto a própria política de saúde, foi o diário de campo, a observação participante, as conversas informais e a entrevistas semi-estruturadas.

A capacitação em curso para ACS, a inauguração da UBS na área e as visitas domiciliares à casa dos assentados, inclusive a algumas lideranças no assentamento, mostraram-se como fundamentais tanto para reconstruir o cenário de atuação do ACS e do Programa Saúde da Família (PSF), como também para compor e caracterizar nossa rede de informantes composta por onze indivíduos. Dois destes sendo ACS, um responsável pela coordenação do programa e a secretaria de saúde do município, duas enfermeiras do curso de formação dos ACS e, por fim, seis assentados assistidos pelo programa. A abordagem qualitativa possibilitou sistematizar os dados e as informações a partir de três eixos empírico-reflexivos: I) as ações do programa; II) a institucionalização do PSF em Massangana III; III) a atuação dos ACS.

A presença da atuação do ACS no assentamento de Massangana III se inicia em 1998 através da estratégia de transição do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e amplia-se com a implementação de uma Unidade do Programa Saúde da Família (PSF). Assim, a questão problema deste estudo é se o PSF permite a criação e/ou ampliação de espaços públicos, como espaços de diálogo, de participação efetiva e de construção de sujeitos de direitos. E enquanto intercessor, como a atuação do ACS torna-se possibilidade de construção de instâncias de participação e democracia no assentamento quando tensionada pelos interesses técnico-institucionais do PSF e político-comunitários dos assentados?

As mudanças na área de saúde surgem principalmente em face de uma série de avanços democráticos observados entre o final da década de 70 e o início dos anos 80. Período que o estabelecimento do processo de democratização referenciado no espaço público e no reconhecimento e garantia de direitos implicou numa reelaboração da questão da cidadania e em outro sentido na relação entre Estado e sociedade.

O panorama nacional era de luta pela realização das Conferências Nacionais de Saúde (CNS), movimentos pela reforma sanitária e de crescimento das organizações sindicais e populares no setor de saúde, núcleos de resistência e pontas de lança na luta por mudanças nas políticas de saúde. Como no caso de outras políticas públicas, a política de saúde no Brasil estava relegada ao segundo plano e atrelada a crises econômicas desencadeadas por condicionantes políticos. O saber e a assistência médica, centrados nas práticas médico-hospitalares, obedeciam à lógica das disciplinas determinadas pela dinâmica do desenvolvimento capitalista e de suas atividades ligadas ao mercado, subordinando, pois, a saúde pública à transferência de técnicas administrativas precedentes do setor privado.

No entanto, é na segunda metade da década de 1980 que as políticas públicas de saúde adquirem nova função pela implantação do Sistema Único Descentralizado de Saúde (SUDES), criado pelo Decreto-Lei 94.657/57, e pela elaboração da nova Constituição Federal. A Constituição introduz a saúde como direito universal de todos e dever do Estado, difundindo no seio da sociedade a idéia de um Sistema Único de Saúde (SUS) voltado para a atenção à saúde em primeiro lugar, com atendimento universal e gratuito para toda a população. Um sistema com controle social e participação das três esferas de governo: federal, estadual e municipal. O objetivo seria melhorar a qualidade da atenção à saúde no país, rompendo com um passado de descompromisso social e de irracionalidade técnico-administrativa.

A reorientação do modelo assistencial de saúde coloca como estratégia o estabelecimento de vínculos, a criação de laços de compromisso e de coresponsabilidade entre os profissionais de saúde e a população. Nesta perspectiva, o PACS e o PSF, tornam-se estratégicos para a construção do SUS e o ACS torna-se o “elo” da relação entre a equipe de saúde e a comunidade. O indivíduo no qual se deposita as expectativas do impacto das ações promovidas, ou ainda, no qual se deposita a responsabilidade de fazer a intermediação da família com o mundo exterior e com a equipe.

Na situação particular do PA Massangana III, estratégias de saúde como o PACS e o PSF estabelecem no *campo* de luta do assentamento uma dupla *posição* ocupada pelo ACS: membro da equipe de saúde e assentado. Posições as quais são tensionadas, de um lado, pela ordem técnica que legitima o programa do qual faz parte e, por outro, pela impossibilidade de promover mudanças e alterar a estrutura burocrática. Esta dualidade de posições se transforma em limitações as quais refletem tanto na fragilidade contratual, como na alta rotatividade da função do ACS não permitindo assim que sua atuação consolide posições no âmbito municipal. Uma vez que a contratação dos profissionais é, por vezes, heterodoxa, ou seja, mediada por laços afetivos, políticos e trocas de favores, inserindo desse modo o ACS numa rede de práticas clientelistas.

Contudo, percebendo a importância que o PSF atribui ao ACS, tanto pode haver a consolidação desta estratégia de saúde com ênfase em orientações técnicas, como a conformação de outras estratégias de atuação por parte desse ator. Nesse último caso, estratégias voltadas para garantir a estabilidade empregatícia e para a construção de si enquanto novo ator social. Um agente que demarca sua representação na comunidade, que pode ser reconhecido como um elemento que também faz parte da equipe do programa de saúde e que tem sua atuação entrelaçada pelo panorama mais amplo.

De acordo então com o propósito de nossa pesquisa, a organização dos capítulos desta dissertação obedeceu a seguinte estrutura: no primeiro capítulo intitulado, **Espaços Públicos: espaços de interlocução, participação e construção de atores** desenvolveremos um breve debate teórico que orientará a nossa leitura e percepção do objeto; no segundo capítulo, **A política de saúde no Brasil: da institucionalização do SUS a constituição do PSF**, faremos um esboço do processo de implementação do SUS, de consolidação do PSF e do papel atribuído ao ACS, vinculando os fatos ao contexto; no terceiro capítulo, **A reconstrução da realidade social de Massangana III: um estudo**, trataremos das questões metodológicas que nortearam a construção de nosso objeto de pesquisa e da análise dos conflitos e estratégias de atuação do ACS no assentamento. E, por fim, nas **Considerações Finais**, entrelaçaremos as últimas reflexões no sentido de produzir uma síntese da pesquisa acerca dos dados empíricos.

CAPÍTULO I

ESPAÇOS PÚBLICOS: ESPAÇOS DE INTERLOCUÇÃO, PARTICIPAÇÃO E CONSTRUÇÃO DE ATORES

1.1. A inter-relação entre espaços públicos e a construção de atores sociais

Questões como Estado, políticas públicas, participação social e sociedade civil são os alicerces constituintes deste trabalho, os quais convergem para a discussão sobre espaço público. Sendo assim, situaremos as discussões em torno da constituição e distinção entre público e privado, nos remetendo inicialmente ao surgimento das cidades-estados na Grécia Antiga.

Para o pensamento grego a capacidade humana de organização política não só difere, mas é diretamente oposta a associação natural centrada na casa e na família. Com o surgimento da cidade-estado o homem recebera...

“além de sua vida privada, uma espécie de segunda vida, o seu *bios politikos*. E a partir disto então, cada cidadão pertenceria a duas ordens de existência, na qual havia uma diferença entre aquilo que lhe é próprio (*idion*) e aquilo que lhe é comum (*koinon*)”. (JAEGER citado por ARENDT, 1995:33).

Essa diferenciação é tratada como simples fato histórico e não como mera teoria aristotélica, na medida em que a destituição de todas as unidades organizadas à base do parentesco, tais como a *phatria* e a *phyle*¹, precedera a própria fundação da *polis*².

De todas as atividades necessárias e presentes nas comunidades humanas duas eram consideradas políticas e constituintes do que Aristóteles (1998) chamava de *bios politikos*: a ação (*praxis*) e o discurso (*lexis*)³. A fundação da cidade-estado possibilitou dois movimentos na sociedade: a separação da esfera dos negócios humanos do que era tido como sendo apenas necessário e útil à sobrevivência humana e a convicção para os homens desta época que passar a vida na esfera pública, em ação e em discurso, representava o exercício destas capacidades humanas afins uma da outra.

¹ Termos citados por Arendt (1995).

² Idem.

³ Idem.

A dimensão política constituída pela ação e discurso possui o cerne de algo que segundo Telles (1999), Arendt chamaria de poder. Poder este que resulta da ação conjunta e do acordo frágil e temporário da vontade e da intenção de muitas pessoas. Isto é, no espaço público há a possibilidade de efetivação das potencialidades individuais agirem em conjunto, portanto, da efetivação do poder que depende da ação e do discurso para sobreviver e existir enquanto possibilidade de mudança. Caso contrário, a falta de interação e de interlocução no espaço público configura a experiência de impotência, de perda de um mundo comum, da vivência sob o signo do destino e da fatalidade, o que equivale à perda da própria noção de liberdade. Na interpretação de Hannah Arendt:

“(...) o poder não é exterior à ação e ao discurso. Surge da associação entre os homens e da troca de opiniões. É uma forma de interação. E sua expressão é a interlocução pública. Nesse registro, o espaço público se qualifica como espaço da deliberação conjunta, através do qual os homens, na medida em que capazes de ação e opinião, tornam-se interessados e responsáveis pelas questões que dizem respeito a um destino comum” (TELLES,1999:55)

Assim, a esfera pública assume questões relacionadas a *polis*, nem domínio, nem submissão, mas liberdade ante as necessidades da espécie, portanto, comum a todas as pessoas tratadas como iguais. Enquanto a esfera familiar assume as atividades exercidas no lar pelo comando do patriarca. Lugar em que as pessoas estão sujeitas as suas necessidades de sobrevivência e manutenção da espécie. A relação entre estas duas esferas, por sua vez, reside tão somente na vitória da liberdade política sobre as necessidades da vida em família, condição indispensável à liberdade na *polis*.

Entretanto, é preciso esclarecer que na Grécia antiga tanto a liberdade quanto a igualdade possuíam significados distintos quando comparados aos da modernidade. A liberdade grega não se confunde com liberdade interior, exteriorizada pela ação e dependente desta e, por isso, antipolítica. Esta é a moderna identificação da liberdade com a interioridade: evidência de um estranhamento do mundo e de um retraimento das experiências mundanas para um espaço íntimo ao qual ninguém tem acesso. A liberdade na *polis* é uma liberdade de dimensão política que se perdeu no mundo moderno. “O campo em que a liberdade sempre foi conhecida não como problema, mas

fato da vida cotidiana (...)” (ARENDT citado por TELLES, 1999:56). Ao passo que a igualdade “(...) longe de ser relacionada com a justiça, como nos tempos modernos, era a própria essência da liberdade; ser livre significava ser isento da desigualdade presente no ato de comandar (...)” (ARENDT, 1995:42).

O desaparecimento do abismo a fim de transcender a estreita esfera da família e ascender à esfera política é um fenômeno moderno. Entretanto, neste mesmo movimento de diferenciações de esferas, uma outra ascende: a esfera social. Uma nova esfera, que nem era privada nem pública no sentido estrito do termo. Um fenômeno relativamente novo, cuja origem coincidiu com o surgimento da era moderna e que encontrou sua forma política no estado nacional. Este fato originou uma dificuldade em compreender a divisão decisiva entre público e privado, o que era próprio da esfera da *polis*, o mundo comum, e da esfera familiar, a manutenção da vida. Divisão esta a qual embasava todo o pensamento político antigo e que era evidente em si mesmo.

A linha divisória entre a esfera social e política era tênue, tendo em vista que a sociedade era entendida como um corpo de povos e comunidades políticas cujos negócios diários deveriam ser atendidos por uma administração doméstica nacional e gigantesca. De acordo com Arendt (1995), na Grécia antiga já não era a ciência política o pensamento científico responsável pela esfera social e sim a “economia nacional” ou a “economia social”, as quais indicavam para os gregos uma espécie de “administração doméstica coletiva”⁴, portanto, mais relacionado com o âmbito da família e suas necessidade. Na modernidade:

“(...) o que chamamos de “sociedade” é o conjunto de famílias economicamente organizadas de modo a constituírem o fac-símile de uma única família sobre-humana, e sua forma política de organização é denominada de “nação”. Assim, é-nos difícil compreender que, segundo o pensamento dos antigos neste particular, o próprio termo “economia política” teria sido, de certa forma, contraditório: pois o que fosse “econômico”, não era assunto político, mas doméstico por definição” (ARENDT, 1995:38).

⁴ Termos utilizados por Arendt (1995).

Outro fato histórico importante no momento da ascensão do social foi à fusão do público com o privado, quando a burguesia transforma sua preocupação individual com a propriedade privada em preocupação pública. Sendo assim:

“Logo que passou à esfera pública, a sociedade assumiu o disfarce de uma organização de proprietários que, ao invés de se arrogarem acesso à esfera pública em virtude de sua riqueza, exigiram dela proteção para o acúmulo de mais riqueza” (ARENDDT, 1995:78).

Em síntese, a ascensão da administração caseira e de suas atividades da esfera familiar para a esfera pública não só diluiu a antiga divisão entre o privado e o político, mas alterou o significado dos dois termos e sua importância para a vida do indivíduo e do cidadão, ao ponto de tornar estes dois em quase unos. Por algum tempo, os gregos atribuíam a privatividade ao que era próprio do indivíduo, estando ele, portanto, à parte do mundo. Os romanos, por sua vez, atribuíam a privatividade como sendo o lugar de refúgio temporário contra os negócios da *res publica*⁵. Na modernidade a concepção dada ao privado não é nem grega, tampouco romana. O privado, segundo Arendt (1995), é um círculo de intimidade cujos primórdios podemos encontrar nos últimos períodos da civilização romana, embora dificilmente em qualquer período anterior à modernidade possam se encontrar as peculiares multiformidades e as variedades do privado como as existentes na modernidade.

No mundo moderno fica muito mais difícil distinguir a esfera social da política, já que a política é apenas uma função da sociedade, aonde ação, discurso e pensamento são, fundamentalmente, superestruturas assentadas no interesse social. Neste processo de distinções na modernidade, o surgimento da sociedade de massas indica que a esfera social atingiu finalmente, após séculos de desenvolvimento, o ponto em que abrange e controla igualmente os membros de determinada comunidade.

Na Grécia antiga ser igual significava ter permissão de viver em pares e de usar o espaço público constantemente como forma de fazer com que cada indivíduo se distinguísse dos outros. Era o espaço para que o indivíduo demonstrasse, através dos feitos ou das realizações singulares, o que era melhor para todos. A esfera pública era o lugar reservado a individualidade, a diferença, para o exercício da excelência da

⁵ Idem.

atividade humana e das capacidades políticas da ação e do discurso. Entretanto, tais capacidades próprias da esfera pública foram banidas para a esfera do íntimo e do privado ante a ascensão da esfera social (ARENDETT, 1995). Já na sociedade moderna a igualdade é baseada no conformismo da sociedade de que aos indivíduos cabem o comporta-se ao invés de agirem uns em relação aos outros, isto é, o comportamento substitui a ação como principal forma de relação humana.

“Desde o advento da sociedade, desde a admissão das atividades caseiras e da economia doméstica à esfera pública, a nova esfera tem-se caracterizado principalmente por uma irresistível tendência de crescer, de devorar as esferas mais antigas do político e do privado, bem como a esfera mais recente da intimidade. Este constante crescimento, cuja aceleração não menos constante podemos observar no decorrer de pelo menos três séculos, é reforçado pelo fato de que, através da sociedade, o próprio processo da vida foi de uma forma ou de outra, canalizando para a esfera pública. A esfera privada da família era o plano no qual as necessidades da vida, da sobrevivência individual e da continuidade da espécie eram atendidas e garantidas. Uma das características da privatividade, antes da descoberta da intimidade, era que o homem existia nessa esfera como exemplar da espécie animal humana” (ARENDETT, 1995:55).

Na esfera pública dois fenômenos intimamente correlatos e não perfeitamente idênticos ocorrem. O primeiro é a publicização dos fatos, de forma que estes possam ser vistos e ouvidos por todos. E o segundo, é a existência de um mundo comum a todos e diferente no lugar em que nos cabe dentro. Arendt (1995) evidencia duas questões importantes em relação a tais fenômenos: nem tudo suporta a luz implacável e crua da constante presença de outros no mundo público, fato que alicerça o argumento de que só vai a público aquilo que é relevante, relegando ao privado o irrelevante, o que nem sempre é verdade. E a outra questão é que a sociedade de massas fez com que o espaço público perdesse o sentido de mundo comum, que mantém pessoas juntas, relacionando-as e separando-as, evitando, portanto, que colidamos uns com os outros.

“Ser visto e ouvido por outros é importante pelo fato de que todos vêem e ouvem de ângulos diferentes. É este o significado da vida pública, em comparação com a qual até mesmo a mais fecunda e satisfatória vida familiar pode oferecer somente o prolongamento ou a multiplicação de cada indivíduo, com os seus respectivos aspectos e perspectivas. A subjetividade da privacidade pode prolongar-se e multiplicar-se na família; pode até tornar-se tão forte que o seu peso é sentido na esfera pública; mas esse “mundo” familiar jamais pode substituir a realidade resultante da soma total de aspectos apresentados por um objeto a uma multidão de espectadores. Somente quando as coisas podem ser vistas por muitas pessoas, numa variedade de aspectos, sem mudar de identidade, de sorte que os que estão à sua volta sabem que vêem o mundo na mais completa diversidade, pode a realidade do mundo manifestar-se de maneira real e fidedigna” (ARENDDT, 1995:67).

Enfim, o espaço público constitui-se como sendo o espaço da pluralidade de pessoas, suas experiências e perspectivas, onde é preciso levar ao entendimento e ao consenso esses dois fenômenos interligados: 1) a necessidade de publicizar o que é de interesse comum, para que assim haja discussão de perspectivas e direcionamento à ação diante da pluralidade destas experiências pessoais e 2) o mundo que une e separa estas pessoas em função dos interesses em comum e da singularidade que lhes cabe. Singularidade que não deve ser tratada como mera projeção das diferenças particulares existentes na esfera privada, mas como uma singularidade construída pela ação e pelo discurso. Capacidades estas as quais permitem aos indivíduos deixarem se ver e reconhecer suas individualidades (TELLES, 1999).

Uma terceira noção pertinente ao espaço público, além da publicização e do mundo comum, é a de “comunidade politicamente organizada”, uma interação política mediada pela lei, discutida por Telles (1999) a partir da análise de Arendt.

“A lei, para ela [Arendt], não tem o sentido de prescrição ou mandamento. Tampouco é pensada como regulamentação pública de interesses privados. As leis existem, diz ela, para “erigir fronteiras e estabelecer canais de comunicação entre os homens”. (...) A lei, portanto, não se confunde com o poder, pois este só existe na associação entre os homens através da ação e da opinião. Tampouco é sede de autoridade que, na interpretação de Hannah Arendt, depende de uma tradição rememorada e reatualizada a cada momento como núcleo de significação. Fronteira para a ação, a lei delimita o espaço no qual a interação política se dá e pode se realizar”. (TELLES, 1999: 58-59).

No que diz respeito à acepção do termo privado e sua relação com a esfera pública, significa privação, o que quer dizer privar o ser humano da realidade que advém do fato de ser visto e ouvido por outros. No caso, privar o ser humano de uma relação objetiva de ligar-se e separar-se com outros mediante um mundo de coisas. Privá-lo da possibilidade de realizar algo mais permanente que a própria vida. A privação da privatividade reside na ausência de outros. O homem privado não se dá a conhecer, e, portanto, é como se não existisse. Então o que quer que ele faça permanece sem importância ou consequência para os outros, e o que tem importância para ele é desprovido de interesse para os outros (ARENDDT, 1995). Assim a perda do espaço público está diretamente correlacionado à privação de um mundo comum de pertinência, a partir do qual a existência de cada um pode ser reconhecida como algo dotado de sentido e relevância para as demais pessoas que deste mundo fazem parte (TELLES, 1999).

“Esse mundo comum, portanto, não se refere a uma esfera cultural dada ou ao mundo da vida definido pela fenomenologia. Tampouco é um sistema de instituições, valores, regras e normas que a sociologia tradicional chama de realidade objetiva, às quais o indivíduo se integra pelas vias da socialização. Esse mundo comum é uma construção – um “artefato humano”, diz Hannah Arendt – que depende dessa forma específica de sociabilidade que só o espaço público pode instituir. Forma de sociabilidade que é regida pela pluralidade humana, essa mesma pluralidade da qual depende a existência da própria realidade” (TELLES, 1999:42).

A própria noção de realidade somente tem sua existência atrelada ao existir do espaço público, sob a pena que na falta deste perca-se a própria capacidade do pensamento em comprometer-se. Isto é, a perda do espaço público significa perda de relação objetiva com outras pessoas e, conseqüentemente perda de uma noção de realidade, do senso comum, o qual permite aos homens fazerem da experiência sua realidade. A perda do mundo comum constrói a figura do indivíduo desinteressado e desprovido de responsabilidade perante o mundo. Para esse indivíduo o outro pouco importa e pouco conta, sua existência ou não perde o sentido e não faz a menor diferença, sendo assim: “*em que, num mundo inteiramente secularizado e*

desencantado, como diria Weber, pode se apoiar essa capacidade de discernimento da qual depende uma vida civilizada" (TELLES, 1999:35).

A Igualdade e a diferença, par dicotômico constituinte do pensamento de Arendt, são tão importantes que a perda da condição de igualdade está diretamente relacionada à perda do espaço público que se pode construir. Os sujeitos ao serem excluídos e privados deste espaço fixam-se nas suas diferenças, naquilo que seria produto da natureza. E a conversão dessa diferença em critério público e norma legal representariam o risco da construção da figura dos excluídos da vida pública por sua diferença vista como radical (TELLES, 1999). A dissolução da esfera pública amplia as possibilidades de que a regência desta esfera ocorra pelos critérios da vida privada. Isto é, pessoas são vistas e julgadas não por suas ações e opiniões, mas pelo que são em função dos azares da vida ou então dos atributos que definem o seu lugar no mundo.

A vida pública é o espaço de constituição do sujeito de ação e de discurso, de construção de sua imortalidade por meio de sua capacidade de produzir, manter e transformar o mundo, posto que é neste mundo o lugar no qual o sujeito permanecerá através de seus artefatos e de sua narrativa humana. "*O espaço público é o lugar que preserva a ação do esquecimento*" (ARENDRT citada por TELLES, 1999:51). A ação exige a palavra para que sua obra se immortalize através de eventos, fatos e acontecimentos, os quais podem ser registrados, narrados e transmitidos, transformando-os, portanto, numa história em comum. Caso contrário, o incomunicável deixa de existir, pois, não há lugar para este na realidade permanente.

O espaço público é a arena⁶ que permite o encontro de preocupações comuns do presente, projetos do futuro, identificar no presente e no futuro o que devem ao passado. A esfera plural está relacionada ao diálogo e a concessão, sendo o diálogo semelhante e diferente no processo de ação e discussão das pessoas. Entretanto, o cenário atual, de acordo com Telles (1999) é de esvaziamento do próprio sentido dos direitos sociais⁷ e a

⁶ A partir das discussões de Telles (1999), compreendemos arena como lugar de disputa de interesses distintos e de sucessivas negociações entre atores políticos que interagem nos Poderes Executivos, Legislativo e Judiciário (arenas formais), ou nos movimentos sociais, nas ações pastorais, entre outros espaços.

⁷ De acordo com Telles (1999) a peculiar noção de direitos de Arendt esta relacionada a uma forma de sociabilidade política e, nesse caso, o direito só pode existir no exercício efetivo de direitos. Ou seja, é através das práticas de cidadania que se faz a passagem da natureza para a cultura, tirando o outro do indiferenciado e inominado, elaborando as sua(s) identidade(s), construindo o(s) seu(s) lugar(es) de pertencimento e integrando-o(s) por inteiro nesse espaço em que a experiência do mundo se faz como história. Neste âmbito das práticas de cidadania efetivas circunscrevem-se não apenas a garantias formais inscritas nas leis e instituições, mas o modo como às relações sociais se estruturam, estabelecendo formas de sociabilidade regida pelo reconhecimento do outro como sujeito de interesses válidos, valores

conseqüente erosão da medida de um mundo comum, cuja construção entre nós nunca chegou a se estabelecer, mas que se enunciou como possibilidade diante dos acontecimentos político-sociais em torno do processo de democratização em curso na América Latina nos últimos anos.

Apesar das críticas ao pensamento de Arendt – de sua análise estar referenciada em qualidades essenciais e universais, desvinculando interesses e conflitos das ações políticas e do discurso, de incompreensão do trabalho como potencial de sociabilidade, do conflito como dimensão constitutiva da política, bem como o fato de sua análise distanciar o político do econômico e também assumir uma posição de distanciamento ante a dominação, a violência e a desigualdade de poderes – a originalidade de sua análise está na possibilidade de pensar a política como algo que não se define por referência ao Estado, mas que se qualifica como forma de sociabilidade e que, por isso, depende da forma como a sociedade cria as próprias regras e critérios, pelos quais os acontecimentos e constrangimentos da vida em sociedade se fazem visíveis e inteligíveis.

O que talvez esteja ausente na elaboração de Arendt, segundo Telles (1999), seja o termo representação para pensar a dimensão simbólica implicada na construção deste mundo comum e na identificação dos signos de dominação. Ausência a qual estaria relacionada a uma inversão de termos clássicos para que as questões inscritas na política e na economia não se diluam uma na outra, ou ainda, para que o público não seja identificado com o Estado.

1.2. Acerca do Estado: distinções e dimensões

O espaço público e a política em certa medida representam faces distintas do Estado, portanto, não podem ser diluídos, nem confundidos um enquanto expressão do outro, o que torna necessário definir o que venha a ser o Estado, localizá-lo no debate

pertinentes e demandas legítimas. Os direitos operam então, como princípios reguladores de práticas sociais, definindo as regras de reciprocidades esperadas na vida em sociedade através da atribuição mutuamente acordada (e negociada) das obrigações e responsabilidades, garantias e prerrogativas de cada um. Como forma de sociabilidade e regra de reciprocidade, os direitos constroem, portanto, vínculos propriamente civis entre os indivíduos, grupos e classes, a partir dos quais estrutura-se uma linguagem pública que baliza os critérios pelos quais os dramas da existência são problematizados e julgados nas suas exigências de equidade e justiça. Sendo assim, a linguagem política é pensada como que articulada a práticas individuais e coletivas num espaço comum de pertencimento. E é por meio então desta linguagem dos direitos que a defesa de interesses se faz audível e reconhecível na dimensão pública da vida social, como também é através dela que as diferenças são elaboradas e interpretadas, o que significa dizer que os direitos estão inscritos na dinâmica cultural e simbólica da sociedade.

teórico, mapeando as diferentes acepções que este vem assumindo, a relação com os atores, o reconhecimento destes e das demandas referenciadas pelos mesmos atores.

Entenda-se por Estado um conjunto de instituições definidas pelos seus agentes, com atuação sobre um território geográfico denominado de sociedade e que monopoliza a criação de regras por meio de uma cultura política. Duas tendências teóricas destacam-se na discussão da natureza das características do Estado. A primeira é a liberal, que defende a redução da atuação ou desaparecimento do Estado para que haja a livre atuação das forças do mercado tanto no comércio como na iniciativa, e a segunda, é a do realismo germânico, a qual defende o desaparecimento do Estado porque ele serviria somente aos interesses do capital e da estrutura de classes sociais, sendo a teoria marxista⁸ sua expressão máxima. Ainda sobre o Estado discutem-se suas dimensões polarizadas: a despótica, em que o rei é o soberano de uma nação, e a constitucional, na qual é o soberano o presidente (OUTHWAITE e BOTTOMORE, 1996).

De acordo com Bourdieu (2004b) a importância do Estado enquanto instituição deve-se ao fato deste ser o “geometral de todas as perspectivas”⁹ que, a partir de um ponto particular do espaço social, produz e impõe ao mundo um ponto de vista oficial, legítimo, o ponto de vista das autoridades e da expressão do discurso, o qual confere a um determinado discurso um valor absoluto, universal, em relação a outros. Operando, portanto, o conhecimento para reconhecimento do objeto universal ao dizer o que foi feito e o que se tem de fazer. Ao classificar, o Estado reconhece, nomeia e codifica os objetos do mundo social de forma a reproduzir ao mesmo tempo tanto seu ponto de vista como legítimo como também seu poder performativo de designação, que faz existir no Estado instituído, enquanto corpo constituído.

“Este ato de direito que consiste em afirmar com autoridade uma verdade que tem força de lei é um ato de conhecimento, o qual, por estar firmado, como todo o poder simbólico¹⁰, no reconhecimento produz a existência daquilo que enuncia (...). O

⁸ “A perspectiva marxista se conforma como uma teoria geral da sociedade, da economia e da política, pretendendo dar conta de uma teoria geral da história, de um modelo da economia sob o capitalismo e de uma teoria social capaz de explicar sociedades capitalistas específicas” (KATZNELSON citado por MARQUES, 1997:83)

⁹ Termo utilizado por Bourdieu (2004b).

¹⁰ Entenda-se por poder simbólico, o poder de construção da realidade imediata, produzindo e reproduzindo os princípios legítimos da racionalidade para visão e divisão do mundo social; um poder de conservar ou transformar os princípios objetivos de união e separação, de casamento e divórcio, de associação e dissociação que atuam no mundo social; um poder de conservar ou transformar as classificações atuais através das palavras que são utilizados para designar ou descrever os indivíduos, os grupos ou as instituições (BOURDIEU, 2004b).

autor, mesmo quando só diz com autoridade aquilo que é, mesmo quando se limita a enunciar o ser, produz uma mudança no ser: ao dizer as coisas com autoridade, quer dizer, à vista de todos e em nome de todos, publicamente e dificilmente, ele subtrai-as ao arbitrário, sanciona-os, santifica-os, consagra-as, fazendo-as existir como dignos de existir, como conforme à natureza das coisas, “naturais” (BOURDIEU, 2004b:114).

Ante a conjuntura apresentada de desafios e o debate político presente em cada momento, o Estado ao longo dos anos vem assumindo diferentes posturas na sua relação com a sociedade. A este respeito Evans (1993) analisa a existência de três ondas de reflexão sobre o papel desempenhado pelo Estado junto à sociedade. Na primeira, entre os anos 50 e 60, o Estado era tido como agente instrumental de mudanças estruturais no processo de industrialização, modernização da agricultura e infra-estrutura para urbanização, objetivando assim o desenvolvimento.

Segundo Marques (1997), neste período, a corrente neomarxista representada por autores clássicos, a exemplo de Poulantzas¹¹ e Domhnoff¹², e contemporâneos, como Jacobi¹³ e Cardoso¹⁴, explicam as ações do Estado como sendo diretas ou indiretas. Quando diretas envolve as estruturas da sociedade capitalista e a articulação dos capitalistas. E quando indiretas a ação envolve os mecanismos de socialização

¹¹ Para Poulantzas o Estado irremediavelmente apresentava um caráter de classe, com relativa autonomia para que as ações legítimas do Estado não conflitassem com os interesses do capital. O Estado era um campo de poder, uma arena, onde se condensavam materialmente as lutas e conflitos entre os diversos atores: classes e frações de classes (MARQUES, 1997).

¹² Domnhoff afirmava que o domínio de uma classe sobre uma determinada nação seria alcançada por quatro processos: a influencia para satisfação de interesses particulares e pontuais; o processo de formação das políticas públicas; a escolha dos candidatos a cargos eletivos; e por fim, a ideologia que disseminava valores e crenças permitindo a manutenção do *status quo*. O agente deste processo seria a elite no poder e seria o processo de formação das políticas públicas que melhor demonstraria o caráter classista do Estado (MARQUES, 1997).

¹³ De acordo com Jacobi (1989) independente do Estado possuir certa condição de suporte das relações de dominação, ele assume o papel de articulador e organizador da sociedade. Portanto, o Estado deve ser compreendido como uma instituição de condensação complexa das forças sociais e não como um mero instrumento a serviço de um projeto político nem tampouco como um estático corpo institucional. O Estado “*deve ser visualizado como um sistema em permanente fluxo, internamente diferenciado, sobre o qual repercutem também diferencialmente demandas e contradições da sociedade*” (OSZLAK citado por JACOBI, 1989:05). Nesta perspectiva “*a relação entre demandas sociais e políticas públicas não é meramente casual, sendo que diversos fatores atuam como determinantes na emergência destas demandas, assim como na formulação das políticas*” (JACOBI, 1989:07).

¹⁴ De acordo com Cardoso (1987) o que garante a própria manutenção da legitimidade da instituição Estado não é a sua função única de garantir exclusivamente os interesses de determinados grupos, nem de produzir e reproduzir as contradições de classe por meio das políticas públicas, mas a sua tarefa de mitigar os conflitos sociais através destas políticas. A relação entre agências públicas e clientela demonstra a extensão do Estado e como funcionam as relações deste Estado com os usuários de seus serviços. Assim, a dinâmica de contradição presente entre os grupos subsiste tendo que conciliar grupos e interesses distintos, bem como as próprias contradições que se constituem diretamente relacionada à instituição Estado.

política e diferentes posições estruturais das distintas classes no capitalismo. O debate suscitado por tal corrente afirmava que a socialização realizada pelo Estado compartilhava dos valores e crenças da classe dominante. Sendo assim, tal instituição possuía uma dependência estrutural do capital, já que não disponibilizava de meios para produzir, o que a tornava cada vez mais dependente da acumulação para sua sobrevivência e cada vez menos ativa numa ação contra os interesses do capital.

A análise setorial, o *State-in-society approach* e o neo-institucionalismo compõem um conjunto de outras correntes teóricas presentes no cenário das décadas de 70 e 80 e, conseqüentemente, das segundas e terceiras ondas de reflexão mencionadas por Evans (1993). No entanto, Marques (1997) enfatiza que a análise fracionada destas correntes teóricas ocorre muito mais de um ponto de vista analítico e didático do que real. Isto é, estas se combinam ou se superpõem em diferentes momentos. A conjuntura, na qual tais correntes e as subseqüentes ondas de reflexão se relacionavam, encerrava-se num período de transformações em diversas áreas da vida social, como a desestruturação do padrão de acumulação implementado no pós-guerra, mudanças nas estruturas produtivas, nas relações de produção, nos padrões de consumo, nas formas de sociabilidade, na economia mundial e de forma particular o desmantelamento dos Estados de Bem-Estar, a perda da força dos Estados nacionais, bem como de atores políticos e econômicos centrais no cenário Latino Americano.

Ao mesmo tempo foi um período marcante para as Ciências Sociais com o esgotamento explicativo dos modelos macroteóricos, representados principalmente pelo funcionalismo¹⁵ e pelo marxismo, pela efervescência teórica, pela consolidação da busca de novos caminhos para a teoria social, de forma que convergissem para um diálogo entre paradigmas e matrizes disciplinares, como também foi um período de articulação de um campo de questões ao invés da busca por uma hegemonia teórica estrutural ou da ação.

“Nesta perspectiva de diálogo e convergência de olhares, merecem destaque, dentre as questões a serem rediscutidas, o Estado e seu papel na condução das políticas públicas, seja pelos impasses e limites colocados aos Estados nacionais pelo

¹⁵ O funcionalismo de Talcott Parsons trata a sociedade e os componentes que a constitui comparados a um organismo e as unidades que o compõe. Há, portanto, uma relação homogênea e sistêmica entre os elementos que compõem a sociedade de forma que o seu funcionamento normal retrata o equilíbrio social. (PARSONS, 1984).

processo de globalização da economia, seja pelo ataque neoliberal às estruturas de *welfare state* e à valorização de posturas teóricas pró-mercado, como os trabalhos da escola austríaca e principalmente Hayek” (MARQUES, 1997:67).

Ante este panorama, a segunda onda de reflexão que se impunha nos anos 70 discutia o fracasso do Estado enquanto agente estrutural de mudanças. O Estado apresentava-se como um agente limitado ao policiamento, impedindo assim que houvesse a violação dos direitos de propriedade. É no final deste período e início do próximo que o modelo econômico neoliberal se faz mais presente

O neoliberalismo, oriundo da Europa e da América do Norte, onde imperava o capitalismo pós II Guerra Mundial, é um fenômeno que apesar de inspirado na corrente que caracteriza a natureza do Estado como liberal é distinto do liberalismo clássico do século XIX, de acordo com Sader e Gentili (1995). O neoliberalismo caracterizou-se por ser uma reação teórica e política veemente contra o Estado intervencionista e de bem-estar. Tratava-se de um ataque a qualquer tipo de cerceamento da liberdade político-econômica dos mecanismos de mercado. Seus pilares fundamentais são três: marcha acelerada de reversão das nacionalizações efetuadas no pós-guerra; a crescente tendência à desregulamentação das atividades econômicas e sociais pelo Estado, baseada na superioridade da “eficiência do mercado” em relação ao “burocratismo¹⁶ do Estado”; a tendência à reversão de padrões universais de proteção social estabelecidos com a emergência, em diversos países no pós-guerra, dos estados de bem-estar social. Em função da crise fiscal destes, avolumavam-se pressões para a particularização de benefícios sociais. Assim, a articulação, a combinação e a dosagem destes três elementos – a desestatização, a desregulamentação e a desuniversalização - servem de base para definição da operacionalização do neoliberalismo de acordo com as especificidades da sua materialização nacional.

A hegemonia de sua política macroeconômica e social deu-se a partir dos anos 70, mas foi principalmente nos anos 80 que a América Latina sentiu mais fortemente os efeitos dessa. Período no qual se observou um duplo movimento no Brasil: por um lado, uma supersticiosa exaltação do mercado, absolvendo este último das catástrofes desencadeadas por seu funcionamento autônomo. E por outro, uma recíproca

¹⁶ Burocratismo é diferente de burocracia. Esta última é um tipo de administração associada à eficiência, rapidez e competência quando comparada a outras formas históricas de administração. E aquele, por sua vez, é caracterizado pelo formalismo, pela ineficácia, pelo desânimo, pela lentidão e pela irracionalidade exercida por funcionários incompetentes (OUTHWAITE e BOTTOMORE, 1996).

*satanização do Estado*¹⁷ como causador de todos os problemas que afetam a sociedade capitalista, cada vez mais submetido aos interesses das classes dominantes e renunciando a soberania nacional em prol da burguesia transnacionalista e suas instituições “guardiãs”: o FMI, o Banco Mundial, entre outras. Evidenciava-se com vantagens para o capital local e o domínio econômico em detrimento do controle público. Já para o mercado financeiro internacional destacam-se a mobilização de recursos públicos para o pagamento da dívida externa e o condicionamento da ação do Estado em favor do mercado.

O balanço sobre os 15 anos de atuação desta política é provisório, segundo Sader e Gentili (1995), tendo em vista que este é em movimento inacabado e colheu seus frutos mais maduros apenas nos países mais ricos do mundo. Economicamente o neoliberalismo fracassou, porque não conseguiu nenhuma revitalização básica do capitalismo avançado. Socialmente, ao contrário, conseguiu muito dos seus objetivos, criando sociedades marcadamente desiguais, embora não tão desestatizadas como pretendia. Política e ideologicamente seu êxito foi conseguir propagar a certeza de que todos devem adaptar-se aos seus princípios, como se este modelo fosse à única saída.

E finalmente, a terceira onda de reflexão sobre o papel do Estado ocorre justamente nos anos 80, na qual este não é apenas visto como agente tecnocrático, mas de mudança institucional. E assim:

“Ao final dos anos oitenta, até antigos expoentes da ortodoxia, como O Banco Mundial, estão agora dispostos a considerar a possibilidade de que os problemas de seus clientes possam surgir não apenas de más políticas, mas de deficiências institucionais corrigíveis apenas no longo prazo” (CALLAGHY citado por EVANS, 1993:109).

A análise comparativa entre países, realizada por Evans (1993), é premente discutir três questões cruciais a respeito do papel do Estado, a existência de uma *escassez*¹⁸ e não de excesso da oferta de burocracia¹⁹, impedindo a adoção de medidas

¹⁷ Termo utilizado por Sader e Gentili (1995)

¹⁸ Termo utilizado por Evans (1993).

¹⁹ A burocracia é um tipo de administração no qual o poder de tomar decisões está concentrado em um gabinete ou função. No decorrer da história surge em formações sociais e econômicas diferentes exibindo alguns aspectos em comum. Apresenta-se separada dos governantes e da massa, assim como se organiza dentro de um sistema institucional particular, com procedimentos formais de agir (*ethos*).

coletivas de forma previsível e coerente; em extensão a primeira proposição, escassez também da capacidade do Estado em desempenhar bem suas funções administrativas ou não, na medida em que tal capacidade implica em organizações capazes de ação coletiva sustentável e que não sigam apenas a lógica objetiva de uma situação econômica; e por fim, a necessidade de concentrar atenção na capacidade do Estado enquanto fator importante de decisão e de resultados políticos, de forma que possa contribuir para que haja o esclarecimento de suas estruturas e processos subjacentes. Deste modo, a capacidade de transformação do Estado está em sua reconstrução, a qual exige uma interação relacional entre a coerência interna da burocrática e a conexão com distintos atores sociais, isto é, exige uma “autonomia inserida”²⁰.

No que diz respeito as correntes teóricas que analisam o papel do Estado na sociedade, as quais podem se combinar ou se superpor em diferentes momentos, a corrente de análise setorial apresenta como caso brasileiro o movimento nacional de reforma sanitária ocorrido durante a década de 80, de acordo com Marques (1997). Os atores hegemônicos faziam parte de um grupo de sanitaristas oriundos de agências estatais e do meio acadêmico que numa conjuntura política específica mediarão à transformação de seu projeto político em referência setorial. Entretanto, o ano subsequente foi marcado por uma guinada conservadora e por uma hegemonia do neoliberalismo no campo do referencial global, que como resultado não produziu a implementação da Reforma Sanitária, mas a transformação deste projeto em uma política oficial proposta pelo Estado.

A corrente teórica acima é respaldada por obras como a de Muller e Jobert, as quais não analisam uma natureza do Estado, mas o “Estado em ação”²¹. Uma gestão da heterogeneidade existente entre os diversos grupos presentes na ordem social. Para tanto, não existe um Estado racional e unificado, capaz de imprimir à sociedade uma

Analisada por abordagens variadas, destaca-se a antiburocracia marxista, na qual a burocracia se faz presente pelo aparato estatal na defesa de interesses particulares apresentados como sendo interesse de Estado e da sociedade em geral. Entretanto os movimentos antiburocráticos também são capazes de produzir sua própria burocracia, conforme experiência histórica. A burocracia tem função de orientação e controle e caracteriza-se por ser exercida por especialistas que a encaram como carreira e não como atividade temporária, exercendo-a durante certo período. Caracteriza-se ainda como um conjunto padronizado de exigências, tais como exames para funcionários (OUTHWAITE e BOTTOMORE, 1996). Exercida por um quadro administrativo burocrático, que além de representar a dominação de um saber racional e específico é composta pelos seguintes elementos: o formalismo que evita a arbitrariedade das probabilidades; a inclinação dos burocratas em realizar tarefas objetivando critérios utilitaristas e materiais; a tendência à nivelção para que haja o recrutamento dos profissionais mais qualificados; o interesse em uma formação que tenha durado o maior tempo possível e por fim, a dominação da impessoalidade nas ações (DIAS, 1997).

²⁰ Termo utilizado por Evans (1993).

²¹ Termo utilizado por Marques (1997).

racionalidade, mas complexas e diversas relações entre Estado e sociedade mediadas por uma série de questões relacionadas a cada política e grupo social diferenciado. O resultado das políticas públicas é contingente, sendo o papel dos atores (corporações profissionais e agentes estatais) fundamentais. Estas políticas, por sua vez, são concebidas a partir da representação de um setor à qual se referem, adotando, portanto, um conjunto de normas, organizações, técnicas e recursos de poder que a implementarão. Para análise destas políticas integra-se a dimensão das práticas, visto que estão intimamente relacionadas, três componentes “chaves de análise”²²: a relação global, o referencial do setor e os mediadores da política.

O primeiro elemento chave de análise, a relação global consiste num certo entendimento do setor que o recorta da realidade global, definindo atores e questões pertinentes. Os setores se interpenetram e se superpõem, se hierarquizam segundo a importância de cada um na divisão social do trabalho, possuem lógicas internas diversas e modelam o setor à sua imagem e segundo os seus interesses, dando a ele a forma e o conteúdo. Os setores que se destacam são o profissional (dominante entre distintos atores sociais) e o administrativo (as agências estatais). O segundo elemento chave de análise, o referencial do setor, significa uma relação de representações – conjunto de normas, valores e papéis destes setores na sociedade – uma representação global, uma sobre o setor e uma outra representação que contempla a articulação entre ambas as representações. Por fim, o terceiro e último elemento de análise desta corrente são os mediadores setoriais, os tecnocratas, que cumprem uma função intelectual no setor no sentido gramsciano do termo de elaboração de uma visão de sociedade, de um setor, de um projeto sociocultural para, a partir disto, estabelecer um campo normativo próprio e construir uma representação social oriundas de práticas concretas. (MARQUES, 1997).

Ante as dimensões apresentadas sobre o Estado, destacando seus possíveis papéis e ações, especialmente na implementação das políticas públicas, o cenário atual não condiz com antigos paradigmas, em que o Estado era apropriado hegemonicamente, não podendo conciliar os interesses da burguesia com os do proletariado, sendo visto, portanto, sempre como um problema. Ora porque suas políticas públicas poderiam ser de intervenção direta e protecionista das coisas públicas, gerando um entrave a atuação livre das forças do mercado. Ora porque para atender aos interesses da iniciativa privada exigiria a retirada e/ou redução de suas ações.

²² Termo utilizado por Marques (1997).

As demandas da sociedade devem atuar no espaço público como em uma arena de negociações dos diversos interesses de distintos grupos, definindo, para tanto, um novo desenho institucional, no qual há uma redefinição do papel do Estado, de suas funções, o fortalecimento em áreas emergentes e a redefinição do papel e capacidades dos agentes privados, comunitários e demais atores sociais, (ECHEVERRI E RIBEIRO, 2005). O papel do Estado converte-se, portanto, em garantir que as iniciativas particulares, comunitárias ou empresariais apontem para a consecução das metas e benefícios do coletivo social, o que introduz um conjunto de responsabilidades irrenunciáveis do Estado que lhe permitem velar pelo que se denomina de interesse comum, ou seja, aquilo que os interesses individuais não envolvem de forma natural. E sendo o Estado:

“(...) o agente ativo maior e mais poderoso que intervém na sociedade, seja na dimensão política, econômica, cultural ou social, seus comportamentos e sinais geram alta influência no comportamento dos outros agentes, particularmente nas comunidades e nos empresários. Esse fato faz com que o exercício público e seus produtos, como mencionado, comportem-se em condições similares às de um mercado em que existe uma demanda de políticas públicas, uma oferta e certas condições de transição. Nesse mercado aparecem também expectativas, incentivos, perversões, fricções e oportunidades, que precisam estar muito claros, já que têm a capacidade de anular os efeitos para os quais foram projetadas e definidas as políticas públicas.” (ECHEVERRI e RIBEIRO, 2005:128).

Assim, como agente ativo maior, o Estado tem por função preservar os interesses coletivos. Mesmo que o capital esteja em posição privilegiada nas estruturas de poder quando comparado aos demais atores de arenas múltiplas e em posições estruturalmente piores. Posições estruturalmente melhores aumentam as condições e as possibilidades de sucesso das ações do capital, no entanto, isto não quer dizer que os distintos atores preservarão sempre um caráter hegemônico na sua organicidade. Estes distintos atores podem não preservar o poder hegemônico ao migrarem para diferentes posições sociais existentes nas permeabilidades entre agências estatais, nas comunidades profissionais, nas frações hegemônicas de cada setor e nas alianças entre

corporações profissionais, visto que Estado e sociedade possuem fronteiras tênues, como mostraram as discussões. Afinal:

“(...) na luta pela produção e imposição da visão legítima do mundo social, os detentores de uma autoridade burocrática nunca obtém um monopólio absoluto, mesmo quando aliam a autoridade da ciência, como os economistas estatais, à autoridade burocrática. De fato, sempre existem, numa sociedade, conflitos entre poderes simbólicos que visam impor a visão das divisões legítimas, isto é, construir grupos”. (BOURDIEU, 2004a: 165).

Em síntese, na medida em que o Estado se constitui enquanto arena de disputa de interesses, de conflitos e de negociação, com distintas articulações tanto entre os próprios atores como entre esses e o Estado, acaba por possibilitar a composição de relações de interlocução ou superposição de interesses distintos.

1.2.1. A relação Estado e sociedade civil no campo das políticas públicas

As experiências construídas na interface entre Estado e sociedade civil devem ser apreendidas como tendo, de um lado, o Estado como lugar de interlocução dos indivíduos que se reconhecem como iguais, independentemente de suas vinculações efetivas de família, classe ou profissão. Comportando para tanto dimensões materiais e simbólicas. E como lembra Telles (1999: 98-99):

“(...) é essa dimensão simbólica embutida na formalidade da lei e na individualidade abstrata nela pressuposta, que [o Estado] desencadeia uma dinâmica igualitária que tem a ver não com a supressão das desigualdades reais – estas irão reproduzir nas sociedades modernas – mas com o modo como se concebe a natureza do vínculo que articula os indivíduos em sociedade”.

E do outro, a sociedade civil, enquanto espaço de sociabilidade no qual indivíduo e classe se articulam num terreno de interesses conflituosos, construindo uma linguagem comum – mas não idêntica – de forma a permitir a interlocução (TELLES, 1999). Ou ainda, como arena do cidadão politicamente ativo que possui ligação com a

cidadania. Esfera da vida ética interposta entre a família e o Estado inclui instituições sociais e cívicas, as quais regulam a vida econômica, levando a um processo inevitável de educação para a vida racional do Estado. Segundo Gramsci é na esfera “política cultural” separada do Estado, na qual o exercício da cidadania parece depender da participação ativa em instituições não-estatais, para que assim possa ocorrer a participação em instituições políticas formais (OUTHWAITE e BOTTOMORE, 1996).

A interface entre o Estado e a sociedade civil defini-se como uma forma de sociabilidade política que se abre para um jogo de reconhecimento, o qual permite um novo tipo de regulação capaz de garantir e criar novos direitos. Nessa perspectiva o que se apresenta a estas esferas de sociabilidade são:

“(…) as possibilidades da construção, entre o Estado e a sociedade, de arenas públicas que dêem visibilidade aos conflitos e ressonância às demandas sociais, permitindo, no cruzamento das razões e valores que conferem validade aos interesses envolvidos, a construção de parâmetros públicos que reinventam a política no reconhecimento dos direitos como medida de negociação e deliberação de políticas que afetam a vida de todos. (...) Construídas na interface entre Estado e sociedade, essas arenas públicas permitem tornar a gestão da coisa pública permeável às aspirações e demandas emergentes da sociedade civil, retirando do Estado o monopólio exclusivo da definição de uma agenda de prioridades e problemas pertinentes à vida em sociedade.” (TELLES, 1999:163)

Diante desta perspectiva as políticas, principalmente as sociais, apresentam-se enquanto um conjunto de medidas e intervenções impulsionadas pelo Estado que têm por objetivo melhorar a qualidade de vida²³ (QV) da população, bem como conquistar crescentes níveis de integração econômica e social, especialmente de grupos socialmente excluídos nas mais diversas dimensões: econômicas, políticas, territoriais, sociais e/ou culturais. Enfim, um instrumento especializado para cumprir a função de segurança e garantir proteção individual e social (VILLALOBOS, 2000). As políticas públicas atuam, portanto, como ações específicas e explícitas que o Estado realiza para

²³ Entenda-se por qualidade de vida o conceito usado em referências às condições de vida da população ou de um subgrupo. Abrange os aspectos relacionados ao bem-estar, tais como saúde, educação, expectativa de vida, mobilidade e oportunidades culturais. Tais aspectos são indexados estatisticamente por indicadores econômicos, sociais e ambientais (OUTHWAITE e BOTTOMORE, 1996).

que possa exercer suas funções por meio de um conjunto de instrumentos com os quais conta – liderança política, regulação, fortalecimento institucional e investimento –, tendo como propósito cumprir com as responsabilidades que lhe foram atribuídas pela sociedade (ECHEVERRI E RIBEIRO, 2005).

Em suma, a questão que se coloca na atualidade sobre a relação Estado e sociedade civil na esfera pública é a posição privilegiada, mas não monopolizadora, que o Estado continua a ocupar na ampliação da esfera pública, formando uma base forte para pactuar e implementar políticas públicas que visem, em última instância, a retomada do desenvolvimento socioeconômico. O Estado não deve ser um mero garantidor dos contratos entre os indivíduos, mas um respeitador de seus contratos com os cidadãos, mantendo-se, portanto, aberto as necessidades de mudanças na cultura política brasileira, assim como a idéia do cidadão como destinatário das ações estatais, ou seja, como centro de inovação política. O cerne dessa questão é corroborado pela terceira onda de reflexão sobre o papel do Estado mencionada por Evans (1993), em que a resposta às situações que vem se colocando no cenário atual não está no desmantelamento do Estado, mas na sua reconstrução.

Neste processo de reconstrução, Ruediger e Riccio (2005) discutem os novos desafios que devem ser considerados na readequação do Estado. De um lado, elementos de uma administração pública típica de um Estado democrático que objetiva o processo de desenvolvimento. Elementos como:

“a imposição de normas weberianas de controle, hierarquia e meritocracia; a implementação de mecanismos democráticos destinados a permitir a participação social na construção de políticas públicas; a incorporação moderada de elementos do mercado **na construção de políticas públicas**, por meio de elementos fundados na razão custo-benefício” (EVANS citado por RUEDIGER e RICCIO, 2005:14)

De outro, o panorama que configura a reconstrução do Estado brasileiro e sua incapacidade em redefinir papéis, já não mais de agente hegemônico, mas de regulador de problemas de desigualdade social, de inclusão, de assimetrias sociais juntamente com a dependência econômica e a vulnerabilidade ante o contexto da globalização. Sobretudo, o papel do Estado, de articulador de ações coletivas para ampliação da esfera pública, formando a base para o estabelecimento pactuado de políticas estruturantes e sinérgicas.

Sendo assim, é no contexto de um cenário macroeconômico e da inter-relação de grandes atores na arena pública que o Estado assume uma postura de agente articulador do desenvolvimento, inicialmente redefinindo alguns papéis institucionais, em seguida tornando transparente a regulação de suas atividades e, por fim, incorporando em sua ação uma dimensão distributiva, isto é, permeando a lógica social à lógica estatal. O Estado enquanto agente regulador, indutor e garantidor da ordem pública não se distancia de seus comandados, mas pauta sua ação nas necessidades de seus cidadãos. E assim sendo, configura-se como aparelho institucional adaptado à nova dinâmica social que objetiva fortalecer o processo democrático e ampliar a inclusão social.

Inclusive Cavalcanti e Peci (2005) constataam que o principal foco da crítica explicitada por diferentes segmentos da sociedade civil e até mesmo de vários setores produtivos, pós-governo do Presidente Fernando Henrique Cardoso (FHC) ²⁴, se referencia ao papel que o Estado assumia naquele momento. Reivindicava-se um papel mais ativo do Estado, em termos de promoção e proteção desses mesmos setores contra os efeitos nocivos do mercado. *“O próprio mercado precisa de um Estado que funcione. Para tanto, o papel da gestão pública nesse processo continua a ser imprescindível”* (CAVALCANTI e PECCI, 2005:41).

Nesta perspectiva as políticas públicas devem funcionar como redes integradas em espaços plurais e híbridos da gestão, compondo-se em diferentes órgãos de administração pública direta e indireta, mas sem perder a permeabilidade à participação da sociedade civil, de outros níveis intergovernamentais e do setor privado. O papel da Presidência e da cúpula ministerial, por sua vez, é da maior importância nesse processo de negociação das políticas públicas, em virtude de sua dimensão mobilizadora, articuladora e incentivadora, que acaba por fortalecer as bases do processo de coordenação dessas políticas. E por fim, é de suma importância que não só o Estado passe por uma redefinição de papéis, como também outros espaços dedicados ao processo de formulação e implementação da política de gestão pública, a exemplo dos ministérios, diversas instâncias governamentais que participam em todas e/ou diversas fases desse processo e que apresentam complementações, sobreposições e/ou lacunas em tal processo.

²⁴ A era FHC compreende o período de dez anos em que atuou junto a e na presidência da república. Iniciado a partir de 1993, quando Ministro da Fazenda do Governo Itamar Franco (1992-1994) encabeçando o Plano Real após a deposição do presidente Fernando Collor, e se estendendo até 2002 com o primeiro (1995-1998) e segundo (1999-2002) mandatos presidenciais.

“Desta forma, iniciativas visando à racionalização do Estado, à formação de cidadãos, à garantia de direitos e ou cumprimento de deveres se tornam objeto de políticas públicas. A concessão de um benefício estatal, por exemplo, pode ser condicionado à participação em questões de sociedade. Buscar estabelecer laços de solidariedade a partir do interesse individual pode ser uma variável importante das políticas públicas adotadas pelo país”(RUEDIGER e RICCIO,2005:20-21).

Ante esse papel de articulador e catalisador de políticas públicas, cabe ao Estado outra atribuição: a promoção da distribuição de recursos. Isto é, tais políticas devem promover a igualdade ao permitir acesso aos instrumentos matérias que a efetivam e pelos quais perpassam a idéia de justiça social. Nesta perspectiva:

“Promover a distribuição de recursos, a qualificação profissional, o acesso ao sistema judiciário e ao auxílio técnico em pequenos empreendimentos funcionaria também como fomento ao civismo. Para viabilizar iniciativas desse tipo, o conceito de desenvolvimento deve, ainda, incorporar a dimensão de desenvolvimento comunitário, de natureza política e não-estatal, que adotariam uma visão participativa e empreendedora desse processo (...) A distribuição dos recursos, por sua vez, poderia esta condicionada a metas de desenvolvimento social. (...) Ou seja, o sucesso de um empreendimento econômico não estaria ligado apenas à suas finalidades, mas incorporaria uma dimensão pública mais efetiva, tanto no plano dos resultados quanto no plano simbólico. Apesar de necessárias, essas mudanças não são suficientes e devem ser parte de um arcabouço institucional mais complexo, e que iniciativas legais específicas seriam estabelecidas para permitir sua existência e continuidade” (RUEDIGER e RICCIO, 2005:23).

Portanto, o processo de gestão das políticas públicas assume um caráter pluralista e o Estado, enquanto agente mediador e executor avalia as demandas da sociedade civil, fortalecendo sua dimensão articuladora, catalisadora e promotora dos interesses coletivo no decorrer do processo das políticas públicas.

1.2.2. Políticas públicas e políticas sociais no Brasil

Analisar o campo que fecunda as políticas públicas no Brasil possibilita compreender a configuração das políticas sociais, já que historicamente os fatos e o contexto político-econômicos interferiram tanto no processo de formulação das políticas públicas como nos paradigmas que orientaram a ação do Estado na área social.

No Brasil desde meados do século XVIII repercutem na área social os efeitos encadeados pela economia primário-exportadora. A exportação de matérias primas como açúcar, café, borracha e metais preciosos corroboraram para a criação de um sistema econômico que se sustentava na monocultura ou no monoextrativismo e no latifúndio, como também propiciou a concentração de poderes político-econômicos e políticas sociais que assegurassem condições mínimas para a capacidade de trabalho. Salvaguardando desse modo os interesses das oligarquias regionais. Entretanto, final do século XIX e início do século XX, mudanças nas estruturas produtivas internas do Brasil ocorreram alavancadas pelo esgotamento desse sistema econômico: crises econômicas, guerras mundiais, encarecimento das importações e diminuição da quantidade e do valor das exportações. Estes fatores fomentaram a substituição das exportações pela produção nacional e configurações específicas no campo político (PINHEIRO, 2005).

Neste contexto instaurou-se uma dicotomia entre os interesses da elite urbana em formação com as oligarquias rurais, a qual somente foi aplacada mediante um acordo entre o primeiro grupo com o setor agroexportador, de forma a produzir alterações no papel do Estado, tais como o assumir as rédeas do processo de desenvolvimento interno; proteger a atividade econômica nacional; promover a acumulação inicial de capital; fornecer a infra-estrutura e por fim, planejar o modelo substitutivo de importações. Configurando assim o denominado Estado desenvolvimentista no Brasil: centralizador, autoritário, nacionalista e populista.

Embora exista na literatura corrente uma associação equivocada entre Estado desenvolvimentista e ações positivas por parte de tal instituição, ou ainda, a equiparação desse tipo de Estado com o Estado predatório, de acordo com Evans (1993) Estado desenvolvimentista é qualquer Estado que professe interesse no desenvolvimento independentemente de existir ou não um argumento plausível de que suas ações tenham quaisquer conseqüências desenvolvimentistas positivas, ou ainda, que a este respeito professe apenas um interesse retórico. A equiparação entre Estado desenvolvimentista e

predatório está relacionada à forma como ao longo dos anos as relações entre Estado e mercado vêm se configurando, seja no Brasil ou em outros países. O Estado predatório embora associado a comportamento “predatório” e comportamento de maximização de renda, pode maximizar a renda através de formas as quais promovam ou impeçam o desenvolvimento.

O Estado desenvolvimentista marcou principalmente a década de 70, que a partir de uma perspectiva burocrático-autoritária constituiu um modelo *frankenstein*²⁵ de políticas sociais, na qual estavam presentes a inércia administrativa para alteração de programas não efetivos, a descontinuidade dos programas sociais de longa maturação e a proliferação de instancias burocráticas de acordo com a lógica política da disputa de recursos e da legitimação do Estado pela penetração do setor privado em seu seio (PINHEIRO, 1995).

Os adjetivos populistas e autoritários atribuídos ao Estado desenvolvimentista, por sua vez, estão diretamente relacionados ao fato das políticas sociais na década de 70 beneficiarem a classe média. Primeiro, porque havia a necessidade indiscutível de fomentar a concentração de renda desta classe para que houvesse a sustentabilidade econômica do mercado interno. E segundo, porque para tal sustentabilidade dependia-se da manutenção autoritária do poder (PINHEIRO, 1995).

O *autoritarismo social* era um ordenamento presidido por uma organização hierárquica e desigual do *conjunto* das relações sociais. Expressava-se por meio de um sistema de classificações que estabelecia diferentes categorias de pessoas dispostas nos seus respectivos *lugares* na sociedade, ao mesmo tempo em que engendrava formas de sociabilidade e uma cultura de exclusão a qual subjazia o conjunto das práticas sociais e reproduzia a desigualdade nas relações sociais em todos os seus níveis. Na atualidade tal ordenamento ainda mostra-se profundamente enraizado tanto na cultura brasileira, como em outras sociedades latino-americanas vítimas da desigualdade econômica, da miséria e da fome²⁶ (DAGNINO, 1994).

²⁵ Termo utilizado por Pinheiro (1995).

²⁶ Nas três últimas décadas sociedades latino-americanas apresentam-se subjacente a conjuntura de desigualdade econômica, miséria e fome tendências antidemocráticas, a exemplo do autoritarismo. Ou seja, ao mesmo tempo em que o processo de re-democratização promove mudanças nos vínculos políticos entre Estado e cidadãos, os vínculos sociais que unem os cidadãos entre si seguem um processo de des-democratização com o aumento das desigualdades sociais, da violência e da insegurança, comprometendo assim a sobrevivência da democracia. (SANTOS, 2008). A Venezuela, a Bolívia e o Chile são países que ilustram bem a conjuntura descrita. As respectivas eleições democráticas de Hugo Chávez (1999), Evo Morales (2006) e Michelle Bachelet (2007) se, por um lado, demonstram a tendência a mobilização e comprometimento dos cidadãos, por outro, faz emergir situações políticas as quais a liderança política é realizada de forma despótica. Característica de liderança esta que tem destaque com

A respeito de diferentes projetos desenvolvimentistas no Brasil, Cavalcanti e Peci (2005) afirmam que buscavam a flexibilização do sistema público desde 1945, a exemplo da era Vargas, da administração paralela que apoiou o Plano de Metas de JK, do regime militar de 1964 e da reforma gerencial importada por Bresser-Pereira, o então ministro da Administração Federal no governo FHC. Partindo de um quadro conceitual de modelagem organizacional de corte funcionalista, esses autores analisam as políticas públicas e sua inter-relação com as recentes *transformações*²⁷ da esfera pública. A flexibilização do sistema público discutida pelos autores citados ocorre por meio da “diferenciação” manifesta em modelos institucionais, estruturais, organizacionais e processos gerenciais e administrativos correspondentes a autarquias, fundações públicas, empresas públicas, empresas estatais, organizações sociais e agências executivas e reguladoras.

Utilizando o mesmo viés de análise que Cavalcanti e Peci (2005), o relatório 2006 do Departamento de Pesquisa e do Departamento de Desenvolvimento Sustentável do Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID), foca sua análise não nos efeitos das políticas públicas sobre importantes variáveis econômicas e sociais, ou sobre o conteúdo destas políticas – se as exportações são subsidiadas ou tributadas, quais setores obtêm mais ou menos proteção e quem se beneficia e quem paga pela redistribuição de renda – mas no processo pelo quais tais políticas são discutidas, aprovadas e implementadas.

O relatório através de uma abordagem sistêmica examina os problemas das políticas públicas sobre um ângulo político-institucional, procurando compreender as limitações e os incentivos que condicionam as ações de presidentes, legisladores, juízes, servidores públicos e outros atores que participam do processo de formulação de políticas. Isto é, as políticas públicas são compreendidas como endógenas, portanto, como resultado de um processo de formulação que envolve sucessivas negociações entre atores políticos que interagem em arenas formais e informais. Diferenciando-se, portanto, de uma abordagem tecnocrática, anteriormente utilizada por alguns países e instituições bilaterais e multilaterais de desenvolvimento, a qual se mostrou como ineficiente e ineficaz ao longo dos últimos anos. *“Além disso os países mais bem-sucedidos da região, como o Brasil, Chile e México, combinaram algumas propostas do*

Hugo Chávez ao catalisar determinadas demandas da sociedade em função da sua figura pessoal e das Forças Armadas (DOMINGUES, 2008).

²⁷ Termo utilizado por Cavalcanti e Peci (2005).

modelo ortodoxo [de desenvolvimento] com outras que diferem claramente dele."(BID, 2007: 253).

A análise do relatório referencia-se em *características-chaves* das políticas públicas como estabilidade, adaptabilidade, coerência e coordenação, qualidade da implementação e da aplicação efetiva, consideração do interesse público e eficiência²⁸. Componentes tão importantes quanto o conteúdo específico das políticas para que haja o desenvolvimento econômico. Este relatório também faz uma associação entre os componentes chaves, incluindo o índice de políticas, e uma série de medidas de desenvolvimento econômico, como o crescimento do PIB *per capita*, em dólares dos Estados Unidos na paridade de poder de compra, entre 1980 e 2002; a mudança no valor do Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) do PNUD entre 1980 e 2002; a redução das taxas de pobreza entre 1980-90 e 1995-2000; e finalmente, duas medidas diferentes de bem-estar, desenvolvidas pelo Banco Mundial. E é com base nas correlações dos aspectos citados que o índice de políticas está positivamente associado a cada uma das medidas de desenvolvimento. Em 14 das 16 correlações, a associação é estatisticamente significativa (BID: 2007).

Utilizando então a média simples de tais aspectos e a versão internacional do índice de políticas para três grupos de países diferentes – América Latina, Leste Asiático e países desenvolvidos – duas coisas são mencionadas pelo relatório:

²⁸ A estabilidade avalia em que medida as políticas são estáveis ao longo do tempo, o que não quer dizer que estas devam ser inalteráveis, mas que as alterações devem responder as condições econômicas ou fracasso de políticas anteriores e não a mudanças políticas. As mudanças observadas em políticas estáveis devem ser gradativas e aproveitar as realizações consensuais das administrações anteriores. Políticas públicas voláteis são caracterizadas por apresentar um ambiente de guinadas e falta de consulta aos diferentes grupos da sociedade. O critério da adaptabilidade avalia em que medida o país possui capacidade em adaptar às políticas públicas a mudanças econômicas e alterar as políticas quando for evidente que elas não estejam funcionando, não podendo os governos abusar do poder para adotar políticas oportunistas, unilaterais e mais próximas de suas preferências ou da preferência de seu eleitorado. A coerência e coordenação, por sua vez, avalia o grau de compatibilidade entre políticas afins e a coordenação entre os atores que participam da formulação e implementação das políticas. A ausência ou deficiência da coerência e da coordenação manifesta-se por meio da fragmentação da formulação de políticas, ("balcanização"), e a natureza não-cooperativa das interações políticas. Sobre o critério da qualidade da implementação e da aplicação efetiva das políticas públicas, é considerado como bastante fraco em muitos países da América Latina, devido à falta de burocracias capazes e independentes, assim como de um Poder Judiciário forte. O critério interesse público avalia em que medida as políticas são produzidas por um sistema que objetiva o bem-estar geral e a preservação dos bens públicos, ou então, direciona-se a interesses privados de indivíduos, facções ou regiões sob a forma de projetos com benefícios concentrados, subsídios ou brechas fiscais. E, por fim, o critério da eficiência relaciona-se à consideração do interesse público sobre gastos públicos e o direcionamento dos recursos para atividades mais efetivas. Isto é, avalia em que medida as políticas refletem uma alocação de recursos escassos que assegure retornos sociais elevados (BID, 2007).

“Primeiro, a América Latina fica atrás do Leste Asiático e do mundo desenvolvido em todos os diferentes componentes de políticas. No índice geral, a média para a América Latina é 1,98, numa escala de 1 a 4. Enquanto isso, os países do Leste Asiático têm um índice de 2,53, e os países desenvolvidos ficam em 2,73. Segundo, a defasagem da América Latina e as outras regiões varia de uma característica para outra. Os aspectos em que a América Latina fica mais para trás são estabilidade e eficiência, enquanto está mais próxima dos outros países, ou pelo menos dos países do Leste Asiático, em termos de consideração do interesse público. (BID, 2007: 138)”

No caso específico do Brasil, o relatório ao examinar a formulação das políticas públicas, apresenta-o como sendo um dos países que aparece no grupo de políticas relativamente boas. Mesmo quando considerado como um dos países com sistema partidário mais fragmentado da América Latina e que, portanto, apresenta-se na região da baixa representatividade do partido do governo no Congresso. Ainda sim, o Congresso brasileiro possui capacidade relativamente boa de formulação de políticas, uma burocracia forte e um Judiciário independente. Permitindo assim que o Presidente utilize as ferramentas necessárias para realizar trocas políticas com os parlamentares e manter uma coalizão no Congresso, o que possibilita a estabilidade macroeconômica ao invés de luta pela sobrevivência política, como ocorre com outros países.

De acordo ainda com o mesmo relatório, no Brasil o Presidente tem muitos instrumentos para construir e manter o apoio da coalizão no Congresso: o grande poder sobre o orçamento, o poder de distribuir cargos no governo federal e o poder de indicar ministros de Estado. Afinal o sucesso eleitoral dos legisladores depende deles conseguirem implementar seus projetos em suas regiões de origem mostrando-se dispostos, portanto, a fazer concessões em políticas públicas em troca desses projetos de investimento. A credibilidade deste tipo de barganha existe porque faz parte de um jogo repetido entre os atores que tendem a ser participantes do cenário político por muito tempo. Assim, a eliminação dessas oportunidades de trocas políticas colocaria a governabilidade em risco, ou aumentaria a probabilidade de que ocorressem outras formas menos legítimas e menos transparentes de trocas. *“É importante enfatizar que o tipo de transação política descrito aqui é perfeitamente legítimo. O presidente está procurando promover o bem público nacional e os legisladores estão agindo de acordo com as preferências de seus eleitores”* (BID, 2007: 248).

A bidirecionalidade do processo de formulação de políticas públicas e dos seus resultados é outro aspecto discutido pelo referido relatório. Isto é, ao mesmo tempo em que os processos que levam às políticas têm um forte impacto sobre os resultados delas, esses resultados e as reformas das políticas também podem influenciar significativamente sobre o processo de formulação de políticas. Os efeitos de *feedback*²⁹ das reformas das políticas ou se restringem a área das política específica em que a reforma aconteceu, ou são mais amplos e afetam o processo de formulação de políticas em geral, pela introdução de novos atores que atuam em várias frentes, ou pela alteração da natureza das transações disponíveis para os participantes. Enfim:

“Uma conclusão deste relatório é que certos aspectos importantes das políticas públicas dependem criticamente da capacidade que os atores políticos têm de fazer acordos intertemporais e assegurar que estes sejam cumpridos, isto é, de sua capacidade de cooperar, de atuar, juntamente com outros, para um mesmo fim. Em ambientes políticos que facilitam tais acordos, as políticas públicas tendem a ser de melhor qualidade, menos sensíveis a choques políticos e mais adaptáveis às mudanças nas condições econômicas e sociais” (BID, 2007:19).

Apresenta-se no relatório um ambiente de abertura intelectual, análise e debate teórico distinto da abordagem tecnocrática existente nos anos 90 por parte das agências internacionais, as quais concebiam as políticas públicas como exógenas, originadas fora do sistema e que, portanto, bastava à implantação de políticas públicas tecnicamente corretas – através de um pacote de medidas de ajuste fiscal e monetário para controlar a inflação, liberalizar a economia e privatizar as empresas estatais, a fim de acelerar o crescimento econômico – para que os países pudessem se adequar à dinâmica internacional.

Foi atendendo a esta abordagem tecnocrática que o então ministro do governo FHC, Bresser-Pereira, leva a cabo uma reforma de cunho administrativo-gerencial. Tal reforma partia do diagnóstico de que havia uma crise no Estado – manifesta em seus aspectos fiscais, patrimoniais e gerenciais – a qual levava ao questionamento sobre o papel deste Estado. A reforma partia da premissa de que as instituições públicas

²⁹ Termo utilizado no relatório do BID (2007)

deveriam se tornar mais “parecidas”³⁰ com o mercado, caracterizando um movimento denominado de “agencificação”³¹. Na agencificação enfatizava-se a flexibilização da ação pública por meio de um conjunto de medidas uniformizadoras que visavam tornar a administração pública mais autônoma e parecida com a administração de empresas. A atuação do Estado acabaria por se restringir a regulação e não a indução do processo de desenvolvimento do país (CAVALCANTI e PECI, 2005).

O foco da crítica ao conjunto de medidas implementadas no governo FHC, de acordo com os autores acima, foi e continua sendo o cunho neoliberal explicitadas nas seguintes medidas, segundo Cavalcanti e Peci (2005):

- Priorização dos objetivos econômicos, os quais se sobrepuseram aos outros objetivos da reforma gerencial, relativos à consolidação da governança e governabilidade do Estado brasileiro. Já que à medida que o Programa Nacional de Destatização avançava em áreas de infraestrutura como energia e telecomunicações, a reforma gerencial fracassava por falta de apoio governamental, por não ter sido capaz de sobrepor-se ao predomínio do enfoque econômico;
- Na não implementação em sua totalidade das estratégias recomendadas no Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado, difundindo apenas os principais conceitos da nova gestão pública: flexibilização das agências reguladoras, isomorfismo organizacional, com autonomia e estabilidade dos dirigentes, independência financeira, administrativa e gerencial, medidas de publicidade, comunicação e contatos com os usuários na presença dos colegiados;
- Nas inovações no projeto de agência reguladora reunindo duas concepções, a de um novo papel regulador do Estado e a das idéias de nova gestão pública traduzidas em medidas de “agencificação”;
- No domínio da ótica econômica ante outras medidas, a exemplo da restrição a estabilidade dos servidores, dos cortes na seguridade social, do controle sobre os gastos públicos por meio da Lei de Responsabilidade Fiscal;
- No processo de importantes rupturas que na prática mostrava um quadro fragmentado de política de gestão;

³⁰ Grifo de Cavalcanti e Peci (2005).

³¹ Idem.

- No não acompanhamento do conjunto de medidas de desestatização nem por um processo de agências reguladoras nem por novas regulamentações, o que não propiciou a consolidação do papel da regulamentação e determinou uma dinâmica regulatória adversa aos objetivos socioeconômicos de longo prazo;
- Na rapidez das reformas patrimoniais – eixo produtivo do país determinado pela presença maciça do setor privado – impedindo o processo de compreensão e reflexão acerca das dimensões envolvidas nos processos, não apenas pelo setor público, mas também pela sociedade civil;
- No embasamento da reforma gerencial numa concepção que alienou o processo de formulação de políticas públicas de suas fontes, confundindo-o com o processo de sua implementação. Como consequência as agências reguladoras começaram a exercer superpoderes, dentro de um complexo marco jurídico-legal que dificultava muito as políticas do governo FHC;
- No erro em propor uma reforma do aparelho de Estado, mesmo percebendo a necessidade de mudanças gerenciais, sem a necessária coerência e convergência com as políticas finalísticas substantivas de cunho econômico e social ou de infra-estrutura e, em especial, sem estendê-las aos níveis subnacionais. Ou seja, a reforma não contou com a mobilização de todos os setores do governo nem galvanizou a sociedade para uma reestruturação do Estado enquanto elemento articulador de políticas de desenvolvimento. A burocracia, por sua vez, foi confundida com burocratismo, e o Estado submetido a um processo não apenas crítico, o que seria desejável, mas de deslegitimação, com graves consequências para a sua atuação e percepção cívica de construção nacional. Portanto, esse processo apresentou sérias falhas de coordenação intra e intergovernamentais, o que desvirtuou um processo de implementação que se caracterizaria, cada vez mais, por requisitos de intersetorialidade.

Por meio deste conjunto de medidas, foi possível então para os diferentes segmentos da sociedade civil e para os vários setores produtivos perceberem os

primeiros reflexos de “desencantamento”³² com a agenda proposta pelo Estado mínimo. A falha discutida por Cavalcanti e Peci (2005) no processo de formulação e coordenação de políticas públicas não reside no alvo da reforma ocorrida no governo FHC: a falta das estruturas adequadas para os fins de formulação e coordenação destas políticas, em sua grande maioria na forma de conselhos. A criação dos conselhos já era prevista em lei e os órgãos de formulação de política e planejamento existem assim como os de coordenação intersetorial. A falha reside provavelmente no esvaziamento dos papéis implementados por essas estruturas, ou seja, o problema não reside nas estruturas do processo, mas no próprio processo. Por isso que para os autores supracitados parece necessário um esforço de reavaliação das *estruturas colegiadas*³³ criadas para a formulação de políticas e, se for o caso, uma redefinição dessas últimas.

A última década evidenciou a ligação entre qualidade das instituições e desenvolvimento e, conseqüentemente, qualidade das políticas públicas e os arranjos institucionais dominantes de cada país (BID, 2007). Existe uma série de transformações desencadeadas na esfera pública, as quais devem ser consideradas para um diagnóstico mais preciso sobre os desafios que se impõem ao atual governo Lula, tais como: maior participação do setor privado na economia e a existência de novas dinâmicas que influenciam a capacidade de governabilidade; a multiplicação de atores que direta ou indiretamente participam em todas as fases do processo de políticas públicas; a abertura de importantes setores econômicos e de serviços públicos a agentes privados; o processo de democratização do país; e por fim, o reconhecimento da importância das relações intergovernamentais e da descentralização no processo de implementação de políticas públicas (CAVALCANTI e PECI, 2005).

Os dados do relatório elaborado pelo BID (2007) explicitados acima corroboram as observações feitas sobre a importância das transformações da esfera pública, ao afirmar-se que as instituições e os processos não são neutros ou meramente instrumentais, mas forjam e moldam as políticas de forma que estas adquiram formas e significados.

Em síntese, a principal herança do governo FHC foi o desmantelamento da capacidade de *formular políticas públicas*³⁴. O desafio que se impõe então no final dos

³² Termo weberiano utilizado por Cavalcanti e Peci (2005).

³³ Termo utilizado por Cavalcanti e Peci (2005).

³⁴ Idem.

anos 90 e início do próximo é a recuperação e o fortalecimento dessa capacidade, definindo e priorizando os objetivos das políticas públicas, num processo de renegociação, redefinição de papéis e recomposição dos quadros ministeriais que apóiam o desempenho dessa capacidade. Tal estratégia visa tornar público os objetivos das políticas públicas, facilitando também as outras faces do processo de gestão. Assim as políticas públicas apresentam uma dinâmica de gestão as quais exercem uma forte pressão no processo de desenvolvimento sócio-econômico, cabendo então aos autores do Governo Lula compreender e articular, tanto as influências das transformações da esfera pública, como a conseqüências da reforma neoliberal do governo FHC, para que desta forma as ações na área social tenham espaço e importância efetivos.

1.2.3. Historicizando as políticas sociais no Brasil

Embora pareça estranha tanto a realidade quanto as tradições científico-acadêmicas do Brasil, são sob as formas de regulação social que as noções de Estado de Bem-Estar Social ou de Estado Protetor se fazem presentes nas formas de intervenção do Estado na área social, por meio de políticas setoriais de saúde, educação, previdência etc. A constituição do *Welfare State* no Brasil pode ser delineada a partir de três recortes históricos: entre a década de 30 e meados dos anos 50, entre as décadas de 60 e 80 e, por fim, da década de 80 a atualidade.

Entenda-se por *Welfare State* a forma particular de regulação social expressa pelas transformações das relações entre Estado e Sociedade, Estado e Economia, em dado momento do desenvolvimento econômico. Tais transformações se manifestam na emergência de sistemas nacionais, públicos ou estatalmente regulados de educação, saúde, integração e substituição de renda, assistência social e habitação, que a par das políticas de salário e emprego, configuram um determinado volume de “salário indireto”, ao mesmo tempo em que regulam direta e indiretamente o volume, as taxas e o comportamento do emprego e salário da economia, afetando, portanto, o nível da população trabalhadora (DRAIBE, 1989b).

O sistema de proteção social do tipo *Welfare State* pode ser de três tipos: a) residual – caracterizado pela intervenção emergencial, seletiva e limitada ao atendimento de determinados grupos, os quais não estão em condições de resolver determinadas exigências individuais pelos canais “naturais” e “tradicionais” de satisfação das necessidades, tais como família, rede de parentesco ou mercado; b)

meritocrático-particularista – parte da premissa que cada um deve estar em condições de satisfazer suas próprias necessidades por meio do trabalho, do mérito e da produtividade profissional, cabendo ao sistema de proteção somente complementar às instituições econômicas. Este tipo de sistema pode ser subdividido ainda em corporativo ou clientelista; c) institucional redistributivo – concebe a proteção social como elemento importante e constitutivo das sociedades contemporâneas. Um sistema de proteção voltado para produção e distribuição de serviços sociais “extra-mercado” garantidos a todos os cidadãos, estando estes, portanto, cobertos e protegidos segundo critérios mais universalistas (DRAIBE, 1989a).

A inexistência no Brasil por um grande período de mínimos sociais (renda, serviços ou bens) extensivos a todos os cidadãos, independentemente de suas posições no mercado, propiciava para que na relação Estado/mercado os mecanismos corretores operassem por meio de políticas sociais frágeis. Nesta conjuntura os aspectos redistributivos e igualitários passavam a estar presentes tão somente teoricamente no âmbito da educação e da saúde (DRAIBE, 1989a).

“Obviamente, esta ausência de densidade e espessura do conceito de *Welfare State* no Brasil reflete, entre outras coisas, o perfil e as características adquiridas pelas políticas sociais, principalmente seus reduzidos efeitos, seus baixos graus de eficácia e efetividade sociais. Afinal, seus baixos graus de Estado de Bem-Estar mostra-se fortemente impregnada de conteúdos socialmente positivos, parecendo, assim, estranho que seja utilizada para dar conta dessa nossa realidade de miséria, pobreza e exclusão social. Além disso, esta ausência reflete também a própria armação institucional e financeira de suporte à política social: a multiplicidade das contribuições e fundos sociais, a fragmentação da máquina administrativa – marcada por superposições e pela pouca transparência –, a opacidade dos gastos públicos, configuram uma realidade institucional-administrativa que pouco apoio e concreticidade oferece a um tratamento unitário como sugerido pelos conceitos de *Welfare State* ou de proteção social. Também no plano simbólico estão ausentes as noções mais integradoras e mobilizadora da política social. A sustentação ideológica das lutas pela extensão dos direitos sociais, por maior justiça e equidade, ou pelos aspectos mais redistributivos da ação social do Estado, tudo isso tem sido feito de forma parcelada e categorizada, por parte tanto das demandas quanto dos demandantes”. (DRAIBE, 1989a: 14)

A política social entre as décadas de 30 e meados dos anos 50 confundia-se com benefícios trabalhistas concedidos ao setor urbano. Além da criação do Instituto de Aposentadorias e Pensões (IAPS), neste período ocorreram alterações nas áreas de política de saúde e educação, onde se manifestavam elevados graus de centralização dos recursos e dos instrumentos institucionais e administrativos por parte do Executivo Federal. Isto é, ao mesmo tempo em que havia avanços nos processos de centralização institucional e na incorporação de novos grupos sociais aos esquemas de proteção, este se apresentava sob “*um padrão, entretanto, seletivo (no plano de beneficiários), heterogêneo (no plano dos benefícios) e fragmentado (nos planos institucional e financeiro) de intervenção social do Estado*” (DRAIBE, 1989a: 30).

Já a partir da década de 60 as políticas sociais caracterizavam-se justamente por apresentarem natureza e conteúdo diferentes do período anterior. O conjunto de medidas legislativas compõe um quadro de transformação da armação institucional e financeira destas políticas. É o momento em que efetivamente organizam-se os sistemas nacionais públicos e estatalmente regulados na área de bens e serviços sociais básicos (educação, saúde, assistência social, previdência e habitação), superando a forma fragmentada e socialmente seletiva das políticas anteriores e abrindo espaço para certas tendências universalizantes. Tendências estas expressas pela obrigatoriedade e gratuidade nas políticas de educação, pelo atendimento emergencial na saúde, pela unificação na previdência social do IAPS ao INPS (Instituto Nacional de Previdência Social), pela introdução de mecanismos de proteção aos trabalhadores urbanos com a aprovação da legislação trabalhista e posterior inclusão do trabalhador rural em tal legislação ante a inserção do Estatuto do Trabalhador Rural.

Entretanto, mesmo existindo neste período tendências universalizantes, as políticas sociais não se configuravam por ser do tipo *institucional-redistributivo*. No geral eram as características tecnocráticas e autoritárias que definiam o regime. Havia um movimento de consolidação e reestruturação conservadora das políticas sociais, centralização política e financeira das ações sociais no nível federal, fragmentação institucional expressa pela excessiva burocratização, exclusão da participação social e das políticas nos processos de decisão, autofinanciamento do investimento social pelas classes produtoras, privatização destes investimentos e, finalmente, uso clientelístico da máquina social para medidas assistencialistas e barganhas eleitoreiras (DRAIBE 1989a).

É a partir dos anos 80 que de fato há abertura progressiva das políticas sociais aos aspectos institucionais-redistributivos, configurando um sistema de proteção social híbrido no qual também se faz presente aspectos conservadores. Isto é, ao mesmo tempo em os aspectos institucionais-redistributivos do sistema eram expressos pela manutenção de uma renda mínima e na edificação de equipamentos públicos, gratuitos e de acesso universal oferecidos igualitariamente a toda população, principalmente nas áreas de saúde, educação e assistência social, observava-se um aumento de parcelas da população que mesmo empregada necessitavam da assistência para garantir condições de vida básica; insuficiência de recursos diante do “sobrecarregar” destas políticas, comprometendo assim a qualidade e a quantidade dos serviços prestados; o peso relativo do setor público na prestação de serviços sociais de educação, saúde e assistência social; e por fim, a parceria “estatista-privatista”, principalmente em saúde (na área hospitalar), na qual a presença do Estado se dava pelo forte financiamento público do setor privado, propiciando uma composição dentro do Estado e por ele alavancada com tal setor, de forma a sobrevalorizar preços, introduzir ineficiências no setor público e solapar as capacidades regulatórias do Estado (DRAIBE, 1993).

O hibridismo do padrão de proteção social neste período é influenciado pela conjuntura política e econômica que se instauravam no Brasil. Politicamente os movimentos sociais exigiam centralidade dos temas sociais na agenda política, de modo a garantir o acesso de todos os cidadãos a saúde, educação, habitação e previdência social, consolidando e reestruturando assim as políticas sociais através da ampliação e aprofundamento na definição de conceitos e de tais políticas.

A Constituição de 1988 é um grande marco desta luta ao consagrar novos direitos sociais e princípios de organização da política social, os quais alteravam alguns pilares básicos do padrão anterior de Estado de Bem-Estar no Brasil, pelo menos no nível das definições. No campo da seguridade social as inovações constitucionais foram a ampliação nas concepções relativas à previdência, saúde e assistência social; o registro de um novo modo de financiamento da área, apoiado em fundo e orçamento únicos; a redefinição tanto dos planos de benefícios quanto das proposições sobre as formas de organização, as quais apontavam para um patamar bastante elevado de universalização do acesso àquelas três áreas. Após as modificações constitucionais, os princípios preponderantes tanto nas propostas quanto nas práticas dos governos foram descentralização, com sua forte vertente na municipalização, a integração dos serviços e

benefícios sociais em face das clientelas dadas e a participação popular nos processos de decisão, implementação e controle dos programas sociais.

As modificações da década de 80 propiciaram uma concepção alternativa de produzir, organizar e distribuir bens e serviços sociais, as quais contemplavam as dimensões da desburocratização e da desinstitucionalização da ação estatal, com relações custo-efetividade melhores que as vigentes e incorporação de associações comunitárias na distribuição e operação dos serviços etc. Sobre os gastos sociais estabeleceu-se que a seguridade social (saúde, previdência e assistência) se apoiaria numa composição de receitas fiscais dos orçamentos dos três níveis de governo – federal, estadual e municipal – e nos recursos oriundos das contribuições sociais e receitas de concursos prognósticos, os quais comporiam fundo e orçamento únicos.

Economicamente, os anos 80 foram de esgotamento do modelo de substituição de importações caracterizado por uma estrutura produtiva interna oligopolizada e não-competitiva. Herdeira de uma elevada dívida interna e externa, a qual se combinava com altas taxas de desemprego, estagnação produtiva, processo inflacionário crônico e corte nos gastos sociais. Ou seja, era um momento de ajuste passivo da economia que trazia impactos nas condições de vida da população e na natureza conservadora da transição democrática, com fortes conteúdos clientelistas e corporativos.

A reorientação da economia iniciou-se no Governo Sarney pelo processo de ajustes externos e fiscais³⁵, objetivando a reforma do Estado e a reestruturação produtiva com gradual liberalização da economia para um modelo neoliberal. Foram nos dois últimos anos desta gestão, sob o Plano Verão, que as intenções político-econômicas quanto às políticas sociais ficaram claras, através da perda da centralidade destas últimas.

³⁵ Esta “política de ajustamento voluntário” nos anos 80 representou, ante a recessão econômica, a preservação da riqueza existente pela “oligarquia” empresarial e a perda da capacidade dinâmica do regime econômico em operar transformações produtivas de envergadura. A política econômica provocou a queda do salário real; permitiu ao setor privado transferir para o Estado sua dívida externa; promoveu fortes desvalorizações cambiais; aceitou a subida das margens de lucro; além de ter elevado as taxas de juros. Quem arcou com as contas do beneficiamento do setor privado foi o setor público devido: 1) a forte ação compensatória do Estado na concessão de incentivos e subsídios; 2) a assunção pelo Estado, de forma crescente, do passivo dolarizado das empresas; 3) a expansão da dívida pública, lastreando assim o crescimento das aplicações financeiras; 4) o represamento das tarifas públicas, criando condições favoráveis de rentabilidade ao setor privado; 5) finalmente, embora de modo indireto, a queda da arrecadação fiscal, tanto pela transferência do dinamismo do setor exportador quanto pela aceleração inflacionária, reforçando o processo de ajuste privado, mas significando um pesado ônus ao setor público. Em contrapartida, para o Estado isto significou um extraordinário agravamento de sua situação financeira por causa: 1) dos efeitos das desvalorizações cambiais sobre a dívida externa; 2) das consequências da recessão e da aceleração da inflação sobre a arrecadação fiscal e sobre as receitas das empresas estatais; 3) do impacto das altas taxas de juros sobre a dívida mobiliária e bancária (DRAIBE, 1993).

No plano concreto, as ações governamentais operacionalizavam a descentralização, que, sob o título de “desmonte”, tiveram sobretudo o significado de realizar a retração da ação federal. Junto a isto houve um forte adensamento das ações assistencialistas de organismos federais que, sob a bandeira de “tudo pelo social”, obedeceram fundamentalmente ao calendário e objetivos eleitorais. Paralelamente aos programas emergenciais, as outras áreas de política social, entre 85 e 89, seguiram o movimento mais geral da economia: cortes e reduções de financiamento e de gastos públicos nos piores anos e pequenas recuperações nos melhores (DRAIBE, 1993).

Tal conjuntura fomentou a negociação da agenda de reformas da transição política brasileira produzindo poucos resultados na efetiva modificação dos pilares e princípios do sistema de proteção social, principalmente nas suas formas de operação e no impacto das políticas sobre as condições sociais da população. As reformas sociais dos anos 80 caracterizaram-se por utilizar mecanismos cooptativos e um padrão vertical de expansão de benefícios, os quais se cristalizavam como privilégios de categorias funcionais e não como direitos. As concessões eram instrumentalizadas através de uma rede burocrática e clientelística, de mecanismo de reforço das relações entre burocratas públicos, sindicais e de partidos articulados a crescentes e poderosos mecanismos de transferência de recursos a setores organizados, reforçando assim a regra privada na lógica da ação estatal (DRAIBE, 1993).

Isto é, ao se processar a agenda democrática de reforma dos programas sociais brasileiros ampliaram-se no plano jurídico-institucional os direitos sociais e se estendeu o escopo da proteção, no entanto, houve um aprofundamento do fosso dos que estavam habilitados para benefícios e serviços sociais e os que não eram protegidos, ou então, eram precariamente ou nulamente protegidos. Fosso este evidenciado tanto pela presença de aspectos conservadores nas políticas sociais como pelo fato do financiamento dos gastos públicos ficarem a cargo das contribuições sociais. Portanto, cabia apenas em parte ao sistema tributário assumir os gastos públicos em caráter residual, não desempenhando qualquer papel redistributivo que pudesse alterar a distribuição primária da renda e dos recursos das pessoas e famílias. Nesta perspectiva a intervenção do Estado estava diretamente atrelada à capacidade contributiva do trabalhador, ao sancionamento da distribuição primária de renda, o que tão somente reproduz, no plano dos benefícios sociais, as desigualdades existentes. E o indicador de volume de gasto social, por sua vez, escondia a conformação estrutural de ineficiências e inefetividades existentes nas políticas (DRAIBE, 1993).

A sistematização das discussões em torno das políticas sociais compõe dois eixos na década de 80. No primeiro, discutia-se o avanço substancial da intervenção social do Estado, admitindo-se dessa maneira a existência de um Estado de Bem-Estar Social tanto pelo volume do gasto social quanto pela diversidade de programas sociais desenvolvidos nas áreas de educação, saúde, previdência, assistência social e habitação. No segundo, discutia-se sobre os maus resultados da política social quando avaliada em termos de capacidade e de contribuição para diminuição das desigualdades e extirpamento da miséria e da pobreza. No entanto, seria exagerado e incorreto afirmar que as políticas sociais de períodos anteriores não produziram efeitos positivos, já que a partir da década de 30 são observados avanços nas políticas sociais. O país logrou constituir um denso sistema de políticas sociais, apoiado em forte capacidade regulatória do Estado (DRAIBE, 1993).

Nos anos 90, apesar do sistema de proteção social adentrado sob um conjunto de definições e princípios bem mais generosos do que os vigentes anteriormente, as políticas sociais apresentam-se bastante frágeis, defasadas, distantes da efetiva proteção e cada vez menos capazes de enfrentar a situação social crescentemente agravada pela crise econômica. E é por isso que a década de 90 quando comparada a de 80 é tida como sendo de “desmantelamento” da conquista dos anos 80 justamente pelo processo de esvaziamento dos papéis das estruturas envolvidas no processo de formulação das políticas públicas, como bem coloca Cavalcanti e Peci (2005). Algo que é reafirmado pelo relatório do BID (2007) quando este caracteriza a década de 80 como a “década perdida” ao compará-la aos desconcertantes anos 90.

Segundo Telles (1994), tal “desmantelamento” ocorre sob a bandeira da modernização da economia por meio da flexibilização jurídica do mercado de trabalho, que ao invés de ampliar direitos, restringe, nega o caráter público que deveriam conter e, sobretudo, elide a própria questão da justiça, ao menos tal como formulada na concepção moderna de direitos, mediante uma regulamentação do trabalho inteiramente subsumida aos critérios da racionalidade instrumental do mercado.

O fracasso da gestão Collor entre 90 e 92 ante a queda do gasto social, a desarticulação da ação estatal por meio da malfadada Reforma Administrativa e a paralisação crescente dos programas destinados às camadas pobres da população, aceleram a crise econômica e comprometem as negociações para implementação da agenda democrática. Assim, o Brasil ingressa nos anos 90 com cerca de um terço da sua população em estado de pobreza. Numa situação em que estão desprovidas até mesmo

dos programas assistenciais da década anterior. Desta parcela da população metade é rural, metade urbana. A pobreza rural concentra-se sobretudo na região nordeste, e a urbana nas periferias das metrópoles e grandes cidades. Os únicos direitos que ainda apresentavam resultados satisfatórios neste ano na implementação das novas medidas eram os trabalhistas e os de previdência social. Entretanto, todos os outros estavam estagnados e afetados pelas brutais restrições do setor público, sendo o caso da saúde o mais dramático, por ser praticamente desfinanciada (DRAIBE, 1993).

A década de 90 opera, portanto, sob a lógica do ajustamento externo e fiscal³⁶, produzindo paralisia do Estado, disjunção entre democracia³⁷ política e democracia social, ruptura da garantia da mínima proteção social aos mais pobres e um processo de flexibilização do sistema público. Entretanto, como bem coloca Faria (2000), não há como pensar em promoção e defesa da estabilidade econômica e, conseqüentemente, estabilidade institucional e política, sem pensar numa política de desenvolvimento social de longo prazo e com resultados duradouros. Uma coisa não pode e nem deve descartar a outra. É sob a experiência mais prolongada e ampla do Plano Real, em 1994, que se verifica na análise deste autor a construção desse processo de estabilização político-econômico e institucional. Assim não só a experiência mais recente de estabilização tem sido compatível com o resgate da dívida social, mesmo com dificuldades e conflitos de curto prazo, como se constituiu em condição necessária, embora não suficiente, para o desenvolvimento social no longo prazo.

Os ganhos obtidos com o Plano Real não impedem o ressoar dos “ecos”³⁸ da reforma administrativa-institucional do governo FHC, baseada nos pilares da política neoliberal: desestatização, desregulamentação e desuniversalização. Ecos estes que repercutem na recente discussão de outras medidas de flexibilização da ação pública, mais adequadas ao contexto de pluralismo democrático, à complexidade e às incertezas dos campos setoriais de políticas públicas e da escassez de recursos.

Entretanto, apesar de existirem traços negativos nas políticas públicas dos anos 90, os quais, conseqüentemente, repercutiram sobre as políticas sociais, não se pode

³⁶ Sob a supervisão formal do FMI desencadeou-se nos anos 80 a “política de ajustamento voluntário” que seguia a lógica objetiva de uma política macroeconômica de ajustamento monetário e fiscal para abrir a economia ao comércio internacional, liberalizar os seus sistemas financeiros nacionais e privatizar empresas estatais.

³⁷ Entenda-se por democracia a modesta definição, assim caracterizada por seu autor Touraine (1996) de um conjunto das garantias institucionais que permitem combinar a unidade da razão instrumental com a diversidade da imaginação criadora dos atores. De modo que se evite a tomada ou a manutenção no poder de determinados dirigentes contra a vontade da maioria.

³⁸ Grifo de Cavalcanti e Peci (2005).

desconsiderar que nesta área vinham se apresentando no plano *político-institucional*³⁹ tendência à descentralização político-administrativa, como bem coloca Draibe (1989a). E no que diz respeito à *sociabilidade*⁴⁰ básica destas políticas, a elevação do grau de participação popular em diferentes níveis do processo de decisão, elaboração e implementação, assim como persistentes *alterações no modo como concretiza-se e se faz presente o Estado*.⁴¹ Ou seja, havia uma incontestável predominância dos equipamentos coletivos públicos, principalmente nas áreas de educação, saúde e transportes urbanos, abalada pela introdução de outros mecanismos.

As análises apresentadas até então sobre as ações na área social evidenciam um progresso em direção aos aspectos mais institucionais-redistributivos do sistema de proteção social. No entanto, como as políticas sociais ao serem gestadas convergem para o campo mais amplo das políticas públicas, cabe ao Estado assegurar a satisfação de níveis mínimos de necessidades básicas e o respeito dos direitos e deveres econômicos, políticos e sociais dos cidadãos (CAVALCANTI E PECCI, 2005). O Estado deve desenvolver capacidades para que possam ser cumpridas adequadamente “(...) *as funções de coordenação e articulação das políticas e programas sociais e se aprenda efetivamente a trabalhar em conjunto, com todos aqueles atores estratégicos que contribuem para a consecução dos objetivos das políticas sociais*”. (VILLALOBOS, 2000:65). Afinal, numa sociedade tão desigual como a brasileira, a busca de maior igualdade via políticas sociais tem significado concebê-las com um caráter cada vez mais compensatório, acentuando então menos a concepção universalista e sim a seletiva, dirigida privilegiadamente aos grupos mais carentes (DRAIBE, 1993).

Como em diferentes períodos as políticas sociais apresentavam um caráter mais compensatório, operacionalizando as necessidades do novo Estado e amortecendo o impacto destrutivo das políticas de ajuste econômico, o desafio que se coloca na atualidade é dissipar a herança deixada pelos anos 90 de desmantelamento da capacidade de formular políticas públicas. Ao então atual governo Lula apresenta-se então uma complexa agenda de mudanças, na qual o papel do Estado deve ser concebido como crucial para o desenvolvimento socioeconômico, bem diferente do Estado mínimo de anos anteriores.

³⁹ Grifo de Draibe (1989a).

⁴⁰ Idem.

⁴¹ Idem.

1.3. O espaço dos assentamentos sob o olhar das políticas públicas

A ampliação do lugar das relações entre Estado e sociedade civil propiciou a emergência de novos atores, mulheres, negros, populações quilombolas, no caso particular, faremos referência aos assentamentos rurais e aos seus sujeitos coletivos que se apresentam no espaço público à participação e para construção de si. Entenda-se por assentamentos um conjunto de famílias trabalhadoras rurais vivendo e produzindo num determinado imóvel rural, desapropriado ou adquirido pelo governo federal (também pelos governos estaduais no caso de aquisição), ou ainda, um agregado heterogêneo de grupos sociais constituídos por famílias de trabalhadores rurais (LAZARRETTI, 2003).

Os assentamentos são espaços que surgem com o fim de cumprir as disposições constitucionais e legais relativas à Reforma Agrária (RA), mas são instituídos, principalmente, mediante a luta dos movimentos sociais no campo para que os trabalhadores rurais, que não possuem terra ou possuem em apenas pequena quantidade, tenham acesso à posse e aos meios de produção dessa. Originados principalmente de conflitos, lutas populares e demandas sociais pelo direito de acesso à terra junto aos latifundiários, aos poderes públicos locais e nacionais, os assentamentos são territórios que se constituem enquanto espaço de atuação de novos *agentes sociais*⁴² na “luta pelo poder de di-visão”⁴³. Ou seja, os assentados são *agentes* que lutam pelo poder simbólico capaz de delimitar regiões, criar fronteiras e principalmente estabelecer fronteiras geográficas legítimas como resultado das lutas pelo “poder de ver e fazer crer”⁴⁴ a ‘realidade’. A luta pelo poder de estabelecer divisões no mundo social, criar diferenças culturais e gerar identidade nas fronteiras reconhecidas (GALVÃO DE FRANÇA e SPAROVEK, 2005).

⁴² *Agente social* é uma categoria usada por Bourdieu (2004a), portanto, quando estivermos nos referenciando a esta, a mesma aparecerá em itálico e minúsculo ao longo do texto. O *agente social* não é um ser autômato de leis mecânicas que lhe escapam; o simples executor de regras sociais as quais deve obediência, mas aquele que age de acordo com os princípios incorporados mediante a experiência adquirida, o lugar e o momento. Isto é, o *agente social* pauta sua ação num “senso prático” de que em uma dada situação aquela ação é “a única coisa a fazer”, orientando-se desta forma para um “sentido de jogo” que permite gerar uma infinidade de “lances” adaptados à infinidade de situações possíveis, que nenhuma regra, por mais complexa que seja, pode prever. Orienta-se, portanto, para algo relativamente indeterminado no jogo, visto que os objetos do mundo social estão sujeitos a variações no tempo ligados a significação suspensa do porvir, da indeterminação, que dá fundamento à pluralidade das visões de mundo, como também fundamenta as lutas simbólicas pela produção e imposição da visão do mundo legítima, precisamente, a luta pela imposição de estratégias cognitivas de produção de sentido dos objetos do mundo social.

⁴³ Grifo utilizado por França e Sparovek (2005:59) para referenciar a discussão realizada por Bourdieu (2004b) a respeito de poder simbólico.

⁴⁴ Idcm

As origens desses novos territórios, de acordo com Leite, Heredia e Medeiros (2004), são bastante diferenciadas: regularizações fundiárias em terras antes ocupadas por “posseiros”; área de conflitos gerados pela tentativa de expulsão de trabalhadores que viviam como “rendeiros” ou “agregados”; áreas improdutivas ocupadas por movimentos de luta pela terra, ou por sindicatos; reservas extrativistas, fruto da luta de seringueiros para permanência em terras exploradas há gerações; desapropriação de usinas falidas para alocação dos trabalhadores destas. Os assentamentos constituem-se, por um lado, como *pontos de chegada*⁴⁵, possibilidades de mobilidade, integração social e de apresentação de novos atores em cena antes pertencentes a um amplo setor de “excluídos”. E, por outro, também como *pontos de partida*⁴⁶, nos quais os produtores beneficiados buscam implementar projetos tecno-produtivos, praticar uma nova sociabilidade interna e se inserir no jogo de disputas políticas variadas, seja para reproduzir relações autoritárias e clientelistas ou para negociar o atendimento de novas demandas pertinentes a um coletivo.

Centro de vários debates e pesquisas, “os assentados” formam uma nova categoria presente nestes novos territórios sob gestão do Estado. Ora sendo focados sob um recorte econômico, o qual prioriza a inserção econômica dos assentados, sua renda, condições de vida e integração aos mercados locais. Ora sob um recorte sociopolítico e econômico, o qual prioriza a integração social do assentado a partir de políticas que valorizem a produção também para o autoconsumo, a relação com o meio ambiente e a participação política. Os assentados são atores de novas propostas políticas as quais antes não tinham acesso e sob os quais repercutem os efeitos destas propostas que extrapolam os limites dos projetos dos assentamentos e da população assentada. A origem dos beneficiários diretos dos assentamentos também é bastante diversificada são: posseiros, filhos de produtores familiares empobrecidos, pequenos produtores atingidos por obras públicas, assalariados rurais, populações de periferia urbana, aposentados os quais depositam a expectativa de complementar à renda etc (LEITE, HEREDIA e MEDEIROS, 2004).

Os recortes a partir dos quais a realidade dos assentados pode ser analisada estão diretamente relacionados à forma como a posse da terra e as transformações socioeconômicas e políticas desencadeadas por tal posse estão presentes na sociedade, já que a posse da terra pode alterar o perfil de distribuição da renda e do poder. Sendo

⁴⁵ Termo utilizado por Leite, Heredia e Medeiros, 2004.

⁴⁶ Idem.

assim, a idéia de reforma agrária pode ser limitada ou ao estímulo de medidas à produção agrícola ou fomento a um processo amplo e imediato de redistribuição da propriedade da terra com vistas à transformação econômica, social e política do meio rural (SPAROVEK, 2003).

Outro aspecto importante em relação à reforma agrária são as possibilidades de abertura sociopolítica e econômica que os assentamentos rurais podem estimular (LEITE, HEREIDA e MEDEIROS, 2004; SPAROVEK, 2003). Tais como: diminuição do desemprego com a criação direta e indireta de empregos na medida em que nos assentamentos aumentam a necessidade de insumos, assistência técnica, transporte e o consumo de bens duráveis; o aumento da oferta de alimentos e de matérias-primas por meio da agropecuária, bem como a melhoria da qualidade e queda dos preços destes alimentos; a possibilidade de aumento de divisas a partir da reserva de alimentos para o mercado internacional, seja para substituir importações ou mesmo para a exportação; o aumento da produção agropecuária e do consumo de produtos industriais repercute sobre a arrecadação tributária de imposto sobre produtos industrializados, serviços prestados, circulação de mercadorias, renda e exportação; melhoria da QV com a redução da imigração rural para as cidades, redução dos problemas urbanos decorrentes do crescimento de tais cidades, como segurança e desemprego; a possibilidade de estabilidade familiar que não era garantida pelos trabalhos temporários; condições de poder disponibilizar mais tempo para as manifestações culturais ante ao atendimento das necessidades básicas; maior participação nos processos sociais por meio de uma nova agenda de discussões, uma vez que não estão sob instabilidade empregatícia.

O processo de ruralização discutido Wanderley (1982) descreve bem o esse dinamismo sociopolítico e econômico nos quais os assentamentos rurais estão inseridos. A ruralização trata-se da construção de uma lógica em constante reestruturação dos elementos da cultura local com base na incorporação de novos valores, hábitos e técnicas. Neste sentido constroem-se ruralidades que se expressam de formas diferentes em universos culturais, sociais e econômicos heterogêneos.

As ruralidades são produtos de um duplo movimento, de um lado, a reprodução da cultura local a partir de uma releitura possibilitada pela emergência de novos códigos, e no sentido inverso, a apropriação pela cultura urbana de bens culturais e naturais do mundo rural. Produzindo, portanto, uma situação que não se traduz necessariamente pela destruição da cultura local, mas que, ao contrário, pode vir alimentar a sociabilidade e reforçar os vínculos com a localidade. Assim, os efeitos

sobre a população e a maneira como esta reage as injunções decorrentes da interação rural/urbano não é uniforme, atingindo em intensidade e proporções diferentes os produtores do campo, mesmo ante as medidas modernizadoras sobre a agricultura moldadas a partir de um padrão de produção urbano-industrial.

Assim, embora os assentamentos rurais também possam ser analisados no cerne do processo de ruralização, a luta dos movimentos sociais para criação de assentamentos não implicou na reversão do mapa fundiário brasileiro. De acordo com Leite, Hereida e Medeiros (2004) não só não houve alteração radical no quadro de concentração fundiária no nível estadual ou mesmo municipal, como também tais assentamentos se depararam com a presença de políticas públicas precárias. Apesar das decisões referentes à descentralização da reforma agrária, existe a necessidade de regionalização das políticas e ações. Uma vez que o poder público municipal apresenta pouca participação na promoção da QV dos assentados, cabendo-lhe somente a complementação de ações em infra-estrutura mediante convênios com organismos federais e estaduais. E o desenvolvimento de projetos de assentamento seja atravessado pela trama de forças sociais constitutivas do poder local (SPAROVEK, 2003).

Galvão de França e Sparovek (2005) ao pesquisarem sobre os impactos qualitativos das ações nas áreas de assentamento, indicando eficiência, eficácia na reorganização fundiária, QV dos assentamentos e geração de renda dos projetos, constataram que: 1) as políticas governamentais acabam privilegiando a alocação de recursos para a aquisição de áreas e assentamento de famílias em detrimento de investimentos em ações que contribuam para melhorar as condições de vida ou o desenvolvimento econômico dos projetos; 2) há uma lógica perversa de concentrar ações em desapropriações de áreas na região que tem terras baratas, mas que necessitam de investimentos complementares. Uma vez que as desapropriações dão uma maior visibilidade às ações governamentais do que os investimentos complementares de médio e longo prazo; 3) ao invés de avaliar os impactos nos assentamentos, a valorização da pesquisa em torno da disponibilidade e implantação de serviços público de saúde, educação, moradia, infra-estrutura básica (água potável, esgoto, eletricidade) revela os esforços no sentido de uma “prestação de contas” das ações e programas governamentais e; 4) a produção de índices sobre QV por meio de um viés urbano em suas variáveis torna os mesmos índices incompletos. O acesso ao serviço de saúde é exemplo de índice que pode não refletir diretamente a QV cotidiana dos assentados.

Não se pode negar que há uma tendência crescente de investimentos nas políticas agrárias, no entanto, também é verdade que estas ações não mudaram o perfil fundiário e muito menos alcançaram um índice satisfatório de promoção de QV entre os beneficiados por estas políticas. A própria luta dos movimentos sociais para que haja desapropriação de terras pelo Estado apresentam movimentos de fluxo e refluxo. No primeiro mandato do governo FHC, por exemplo, o assentamento de famílias objetivava atender a pressão exercida pelos movimentos sociais no campo, que para o governo restringia-se a um determinado número de famílias que representaria o resíduo do campesinato brasileiro. A política de reforma agrária foi tratada, portanto, com uma política compensatória. Os avanços das ocupações não esperadas pelo governo fizeram com que as políticas de educação e de assistência técnica fossem extintas e a política de crédito fosse substituída por outra, cujo modelo foi imposto por tal governo (GALVÃO DE FRANÇA e SPAROVEK, 2005).

A experiência do primeiro mandato de FHC mudou o perfil do segundo: os assentamentos diminuíram ante o corte de recursos para os assentados, houve a publicação de uma medida provisória para criminalizar as ocupações e ocorreu ainda a “judicialização” da luta pela reforma agrária através de liminares de reintegração de posse, despejo de famílias e prisão de lideranças dos movimentos de ocupação. O mesmo governo implantou ainda a política do Banco da Terra com o objetivo de transferir a questão da luta pela terra da arena da política para a economia e a política de mercado, restringindo desse modo o espaço de negociação ao contrato de compra e venda de terras. Com a diminuição do número de ocupações e regressão do número de assentamentos, o governo FHC usou uma estatística imaginária, na qual se agregava ao número de novos assentamentos os já existentes, os criados pelos governos estaduais e as famílias que recebiam a promessa de serem assentadas, ou seja, criava-se “clones” de assentamentos e assentamentos “imaginários” que existiam apenas nos dados do governo (GALVÃO DE FRANÇA e SPAROVEK, 2005).

É preciso estar atento às singularidades que emergem no processo de implantação de políticas públicas voltadas para o desenvolvimento do campo. No caso dos assentamentos, fatores como a origem do processo de luta pela terra, a trajetória de vida dos assentados entre outros, irão configurar uma série de mudanças mais ou menos intensas e em diferentes esferas, onde a posse da terra é a primeira de uma série de outras etapas a serem percorridas ao logo do caminho. Os assentados apresentam-se a

cena como novos atores que também demandam seus direitos e conseqüentemente pressionam os poderes públicos municipais, estaduais e federais pela ampliação das políticas de infra-estrutura.

E neste processo de demandar, envolvendo assentados e políticas públicas, perpassam uma série questões como o significado da reforma agrária presentes nas políticas públicas, resultando ou em políticas compensatórias, ou então, em políticas com tendências institucionais-redistributivas. Questões relacionadas à história de vida dos assentados e a venda ilegal de direitos sobre lotes dos assentamentos para terceiros; o arrendamento de terras como estratégia do capital agroindustrial de se apropriar dos mecanismos de reorganização fundiária; a reprodução do clientelismo pelos movimentos sociais por meio do beneficiamento da parentela com lotes de terra, muitas vezes com a conivência dos representantes de órgãos governamentais. E, por fim, a não emancipação dos assentamentos para evitar a especulação imobiliária.

Tais questões são partes constitutivas das relações que se estabelecem entre os assentados e o Estado, como também se fazem presente no espaço público para a interlocução e a participação de todos, repercutindo no tipo, na gestão e no controle de políticas públicas implementadas no campo inclusive nas que dizem respeito à saúde. Questões que inclusive também irão perpassar a ampliação do espaço público proposta pelo Programa Saúde da Família (PSF), bem como a atuação do ACS, enquanto indivíduo capacitado pelo programa e indicado por este como um conhecedor da realidade de seu próprio assentamento, podendo apreender melhor as demandas emergentes. Sendo assim, o Agente Comunitário de Saúde (ACS) é envolvido ao mesmo tempo pelo processo de demandas político-comunitárias do assentamento, pelas demandas técnico-institucionais do programa e uma conjuntura espacial e municipal, as quais podem ou não facilitar sua atuação.

1.3.1. A atuação dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS): entre as políticas de saúde e o espaço social do assentamento

A inserção do Agente Comunitário de Saúde (ACS) como ator nas políticas de saúde segue a orientação mais ampla em direção a universalização e a democratização tanto das políticas públicas e sociais quanto do Sistema Único de Saúde (SUS). É a partir da década de 90, através do Programa de Agentes Comunitários de Saúde

(PACS), que os ACS são introduzidos na assistência. Este programa não foi concebido para ter um caráter permanente, mas para ser estratégia de transição para o Programa Saúde da Família (PSF).

A expectativa tanto do PACS quanto do PSF em relação ao ACS é que este fosse elo entre a comunidade e os programas de forma que por meio de sua atuação ocorresse a melhoria da capacidade da comunidade de cuidar da própria saúde. Além de proporcionar o fortalecimento da ligação entre a comunidade e os serviços de saúde locais, o acesso aos procedimentos simples de saúde e ao trabalho integrado com a equipe, bem como a ampliação das informações sobre saúde na comunidade e cooperação para a organização comunitária no trato com os problemas de saúde. Sendo assim, as ações desenvolvidas pelos agentes devem consistir: em visitas domiciliares regulares para verificação e acompanhamento de gestantes, crianças, curativos; encaminhamentos para diagnóstico e terapia, para controles preventivos, pré-natal, vacinação; promoção, organização ou colaboração com reuniões da comunidade para discutir e enfrentar problemas de saúde (BRASIL, 2006a). De acordo com Silva e Dalmaso (2002:170) o ACS é o:

“(...) Responsável pelo contato de mão-dupla equipe-população adscrita, ele também é visto como elemento importante para garantir o vínculo e a humanização almejados pelo programa, além de incentivar a participação e a organização da comunidade, para o controle social do serviço de saúde”.

O processo de recrutamento e seleção dos ACS preparou as coordenações estaduais e municipais para articulação com o Conselho Municipal de Saúde (CMS), assim como também mobilizou os coordenadores municipais para que articulassem, mobilizassem e divulgassem na comunidade o referido processo. Poderiam se escrever na seleção que possuísse mais de 18 anos, soubesse ler e escrever, quem se dispusesse a concluir o primeiro grau, morasse a dois anos na comunidade e que disponibilizasse de 8 horas/dia para o trabalho. A seleção realizou-se através das etapas de inscrição, elaboração e aplicação de prova, classificação e publicação dos resultados e por fim, a contratação dos agentes como bolsistas e não trabalhadores celetistas. A capacitação destes consistiu em supervisão assistida por profissionais de nível superior, bem como numa preparação inicial de 60 dias sob responsabilidade de supervisão municipal, com

ênfase nas ações educativas e de promoção da participação comunitária (BRASIL, 2006a).

A atuação do ACS que atua em área rural ao mesmo tempo em que está localizada no *espaço social* do assentamento do qual faz parte, não se restringe a este, mas se amplia e se inter-relaciona com o *espaço* no qual está inserido de forma mais ampla, que é o das políticas de saúde. Entenda-se por *espaço social* como um:

“conjunto de disposições distintas e coexistentes, exteriores umas às outras, definidas umas em relação às outras por sua exterioridade mútua e por relações de proximidade, de vizinhança ou de distanciamento e, também, por relações de ordem, como acima, abaixo e entre (...)” (BOURDIEU, 2005:18-19).

Ou seja, um espaço de diferenças, no qual as classes existem de algum modo em estado abstrato, pontilhadas, não como um dado, mas como *algo que se trata de fazer*⁴⁷. O *espaço social* das políticas públicas é constituído de tal modo que os *agentes sociais*, ou grupos nele distribuídos não identificados em função da posição que ocupam neste espaço. Posição esta que dependerá da quantidade e do volume de capital econômico e cultural que esses *agentes* possuem. Portanto, tanto mais em comum terão os *agentes* quanto mais próximos estejam desses dois tipos de capitais e, tanto menos quanto mais distantes estejam destes.

“A posição ocupada no espaço social, isto é, na estrutura de distribuição de diferentes tipos de capital, que também são armas, comanda as representações desse espaço e as tomadas de posição nas lutas para conservá-lo ou transformá-lo. (...) O espaço social me engloba como um ponto. Mas esse ponto é um ponto de vista, princípio de uma visão assumida a partir de um ponto situado no espaço social, de uma perspectiva definida em sua forma e em seu conteúdo pela posição objetiva a partir da qual é assumida. O espaço social é a realidade primeira e última já que comanda até as representações que os agentes sociais podem ter dele”. (BOURDIEU, 2005:27).

⁴⁷ Termo utilizado por Bourdieu (2005)

Mediante este panorama, a posição que o ACS ocupa no *espaço* das políticas de saúde se retraduz em um espaço de tomadas de posição intermediadas pelo “senso prático” adquirido ante as experiências e os valores que compartilha com o seu grupo. O ACS e o PSF estão inseridos no *espaço de relações de força* das políticas de saúde, o qual é permeado por um lado por tendências universalizantes e democratizantes, e por outro, novas modalidades de arbitrariedade e autoritarismo típicos das relações clientelistas. Sendo assim, neste *espaço de relações de força* o ACS é constantemente pressionado pelo *campo de poder* do PSF. Isto é, o PSF funciona como a estrutura objetiva, que estabelece uma luta pela conservação de sua forma legítima de poder, pela imposição de uma crença (*doxa*) como ponto de vista universal, e que como tal pressiona o senso prático que orienta a experiência de vida e os valores do ACS para se adaptarem à estrutura. Enfim, o ACS é pressionado a produzir e reproduzir os princípios legítimos de sua racionalidade para visão e divisão do mundo social do assentamento (BOURDIEU, 2005).

O ACS é estrategicamente colocado pelo PSF, como o ator que estabelece vínculos, cria laços de compromisso e de co-responsabilidade entre os profissionais de saúde e a população. O profissional no qual se depositam as expectativas do impacto das ações promovidas, a responsabilidade de fazer a intermediação da família com o mundo exterior e com a equipe. Segmento efetivo da produção dos serviços por se apresentar não só como suporte na geração de determinadas ações em saúde, mas por ser eleito como personagem-chave na organização da assistência. O ACS na condição de membro efetivo da equipe e representante da comunidade está em profunda inter-relação entre o *espaço* de seu assentamento e as políticas de saúde.

Entretanto, se a atuação específica do ACS é tida pelo programa como instância instauradora de desempenho, identificar e qualificar esta atuação que vem efetivamente instruindo suas ações precisa ser uma das aproximações eleitas pelo programa para a compreensão da prática desenvolvida por esse novo ator, posto que ao mesmo em que este novo ator aproxima a comunidade ao programa, também pode distanciar-se tanto da própria comunidade como das diretrizes e metas traçadas pelo PSF. Uma vez que o ACS possui um tipo de conhecimento que transita ora entre os valores e crenças de seu grupo e ora, para um conhecimento mais técnico, podendo ser valorizado e/ou desvalorizado pelos grupos nos quais circula – o da comunidade e o do programa – em momentos distintos.

Sua importância não se restringe apenas à intermediação, mas abrange o cuidado, o conhecer de forma mais íntima e profunda, o preocupar-se com o outro, o dar apoio, o de ter alguém com quem contar nos momentos de necessidade ou sofrimento. Entretanto, se o programa espera que o ACS tenha as competências voltadas para questões da vida cotidiana de sua comunidade, por outro lado, às pessoas que ingressam no PSF imaginam adquirir o estatuto de profissional da saúde, de seguir carreira profissionalizante e aspira ser, por exemplo, um auxiliar de enfermagem. Circunstâncias estas que repercutirão na forma como o ACS mobilizará as demandas da sua comunidade, tendo em vista os anseios técnico-burocráticos do PSF, o que, por sua vez, também repercutirão na criação e/ou ampliação de espaços públicos, como espaços de diálogo, de participação efetiva e de construção de sujeitos de direitos objetivado por este programa.

Há, inclusive, a preocupação das entidades nacionais de enfermagem de que a incorporação de ACS para o desenvolvimento de ações básicas de saúde possa significar um aumento do contingente de trabalhadores sem qualificação. O compromisso da inserção dos ACS na assistência precisa garantir que, após a capacitação inicial dos agentes em ações básicas de saúde, mobilização e educação sanitária, haja continuidade do processo de formação, com a finalidade de habilitá-los em auxiliar de enfermagem e a continuidade da escolaridade para nível de 1º grau, paralelamente à formação profissionalizante (SILVA e DALMASO, 2002). Fato este que de alguma maneira contradiz as intenções do programa no que diz respeito a sua formação, já que:

“Ao estimular a formação dos agentes de saúde, não se pretende que eles venham a substituir ou preencher o papel de outros profissionais de saúde que lutam no sentido de garantir uma melhor assistência à população. Acredita-se que, por serem pessoas do povo, não só se assemelham nas características e anseios deste povo, como também preenchem lacunas, justamente por conhecerem as necessidades desta população” (SILVA e DALMASO, 2002: 54).

A função de ACS é delegada um poder e uma autoridade que são exigências tanto para que haja seu recrutamento como para que possa atuar localmente, o que também representa uma ameaça à ordem da estrutura social vigente. Deste modo, o agente oscila de forma polar:

“Vivências pessoais que por si bastariam como experiência acumulada para ser agente de comunidade e do outro, domínio técnicos de certos procedimentos em saúde que seriam compostos por uma sabedoria prática tecida na e própria à vida comunitária, para ser agente institucional e nuclear da estratégia de reforma da saúde.” (SILVA e DALAMASO, 20002:17).

Salientamos que apesar da dimensão subjetiva possuir um papel importante na construção do *agente social* e de sua ação, de acordo com Bourdieu (2005), há a primazia das estruturas objetivas sobre esta dimensão. Portanto, a mobilidade da posição social no assentamento ao invés de aproximar das demandas da comunidade gera a já mencionada tensão em sua atuação.

Assim, a atuação do ACS coloca o indivíduo numa posição de transição entre não ser um profissional, no sentido de não dispor de saber auferido, devidamente legitimado e reconhecido pelo espaço social e ter que nortear suas ações a partir das metas traçadas pelo PSF (BOURDIEU, 2004b), já que muito recentemente foi aprovado na Câmara dos Deputados um projeto de Lei que reconhece a profissão de ACS. Portanto, embora haja uma relativa fluidez no espaço social proporcionado pelo trabalho de ACS, esta mesma fluidez é condicionada pela estrutura na qual se realiza o trabalho. Nesta perspectiva, pode-se dizer que novas tecnologias, inclusive as que compreendem as organizacionais, inauguram novos campos de saberes e práticas:

“(...) revelam verdadeiras lacunas jurisdicionais que tendem a ser preenchidas pelas profissões já existentes ou por novas ocupações ou especialidade emergentes. Essas novas ocupações ou especialidade ou profissões geradas nesse processo acabam pressionando por privilégios de regulamentação (...) Então, quando regras fracamente definidas, graus variados de concepções e representações de como seu serviço deve ser feitos. Originadas de experiências anteriores, de sua sensibilidade e padrões profissionais, da sua

ideologia política e talvez das características da sua personalidade. Mais forte é a influência dessas concepções“(GIRARDI citado por SILVA e DALMASO, 2002: 85).

A importância da organização do serviço de saúde prestado ocorre por poder contribuir para a conformação de uma identificação ocupacional-social. Não só por definir regras, mas por nortear a relação estabelecida pelos profissionais com os indivíduos e os grupos. No entanto, a identificação do ACS com valores e crenças do assentamento e a necessidade de adaptar tais valores a outros relativos ao PSF, tensiona a forma como se constrói esse novo ator na área da saúde. Na sua função operativa são fundamentais a relação com a população, sua capacidade de mobilização e de dinamização para a mudança social via promoção da saúde, como também é igualmente importante para o programa que ele seja o elemento primordial da estratégia de vigilância à saúde, quer na identificação de problemas, como no acompanhamento e no controle de situações de vulnerabilidade. Nesta perspectiva, entre as atribuições delegadas ao ACS estão:

“(...) cadastrar as famílias por ele atendidas; diagnosticar suas condições de saúde e moradia; atualizar estes dados permanentemente, para o Sistema de Informação de Atenção Básica (SIAB); mapear, o mais detalhadamente possível, a comunidade na qual atua; identificar as micro-áreas de risco, inclusive buscando soluções para os problemas identificados junto às autoridades locais; realizar visitas domiciliares, em função da situação de saúde da família; atuar como animador no desenvolvimento coletivo da comunidade; atuar nas áreas de educação, identificando crianças fora da escola; atuar em ações humanitárias e solidárias, na busca de alternativas para geração de empregos, em situações de seca, enchentes, no combate à violência etc”.(SILVA e RODRIGUES, 2002: s/p)

Duas dimensões são tidas como fundamentais na atuação do ACS para Silva e Dalmaso (2002): a institucional e a comunitária. O agente institucional apresenta um perfil que na prática cotidiana predomina as preocupações com as exigências advindas de um agente inserido em um sistema de saúde mais técnico e racionalizado, enquanto que o agente da comunidade apresenta um perfil que na prática predomina a preocupação com o seu grupo de origem e com as demandas de bem-estar da população,

mais político. Diante desta situação não existe um tipo “puro”⁴⁸ de agente de saúde, o que há é uma incorporação das dimensões realizada na formulação e na prática cotidiana, de acordo com as condições objetivas apresentadas. Uma dimensão complementa a outra e em alguns momentos um tipo pode sobressair sobre o outro.

Entretanto, o processo de reorientação da atenção à saúde, devido à necessidade de racionalizar custos, ainda está centrado no modelo curativo no qual atribuiu ao médico o papel preponderante de cura e ao ACS a responsabilidade de orientar a população nos aspectos muito mais técnicos da saúde do que políticos. Assim:

“O agente de saúde pode se limitar a uma coleta de informação para preenchimento de dados da sua planilha e a orientações normatizadas. Neste tipo de situação, bastante comum nas observações [realizadas pelas autoras], levanta-se a hipótese de que a visita, em vez de atividade-fim, adquire caráter de atividade-meio, deslocada pelo afã de prestar contas de um número determinado de visitas mensais às famílias. Portanto, o projeto de “cuidar” – de interessar-se e conversar com a pessoa, estimular iniciativas, ouvir o que tem a dizer, tirar dúvidas – não encontra espaço ou forma de expressão, na maior parte do trabalho do agente.”(SILVA e DALMASO, 2002:150)

Em suma, a prática técnica-institucional dos ACS faz parte da necessidade de fortalecer a rede de ações que objetiva alimentar positivamente os índices do Sistema de Informação de Atenção Básica (SIAB), já que os projetos de governos ao longo dos anos focalizavam sua atenção nas metas dos órgãos de cooperação internacionais. Metas as quais vêm se assentando na:

“(...) prevenção e ênfase no atendimento básico, que são: Saúde da Família, Agentes Comunitários de Saúde, Gestão de Atendimento Básico, Farmácias Básicas, Vacinação, Combates às Endemias, Saúde da Mulher, Saúde das Crianças, Doenças Sexualmente Transmissíveis/AIDS e Diabetes” (FEGHALLI citado por SILVA, p. 37, 1998).

⁴⁸ Categoria weberiana utilizado por Silva e Dalmaso (2002).

Por todo o panorama que apresentamos anteriormente indicadores sociais exercem uma forte pressão sobre as políticas públicas. A busca em quantificar índices de desenvolvimento prioriza as estatísticas como um fim e não como um instrumento de reflexão sobre os aspectos que influenciam a melhoria da qualidade de vida da coletividade e a compreensão totalizadora do indivíduo. O artigo 3 do Título I “*Das Disposições Gerais*” da Lei 8.080/90 (BRASIL, 2006b) expressa bem a importância dos índices:

“A saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do país”.

No próprio manual do ACS está evidenciado que o PSF deve ter uma preocupação não só com as questões técnicas, mas principalmente com o componente político de seu programa e por isso a necessidade dos processos de treinamento e educação continuada dos ACS (SILVA E DALMASO, 2002). Processos de treinamento estes que foram alavancados apenas em 2006 com a orientação nacional para que o estados e municípios promovessem a capacitação técnica em ACS.

De fato o ACS como elo entre o sistema de saúde e a população deve oferecer procedimentos simplificados de ações de saúde voltadas para práticas de medicina preventiva e diminuição da morbe-natalidade no Brasil, propiciando paralelamente, por meio de sua capacidade de resolver ou evitar problemas, o descongestionamento do sistema de assistência à saúde. Entretanto, os componentes que deveriam integrar sua ação não estão apenas relacionados as questões técnicas, como o atendimento individual das queixas ou problemas, mas fazem parte de sua ação o envolvimento com as atividades comunitárias e o modo como deveriam ser desenvolvida e articuladas essas duas atividades (SILVA e DALMASO, 2002).

O cuidado promovido pelo ACS circunscreve-se a construção articulada de meios e fins, de práticas com referencia na ciência, na técnica e no saber prático, parceria entre profissional e indivíduo (origens, significados e formas de enfrentamento dos problemas) que conta com o diálogo e a negociação. Entretanto, a preponderância

de ações em torno da assistência técnica médica e do controle de risco (reforço de consulta médica), controle de medicação/tratamento e ainda na marcação de exames e consultas, obstaculizam a realização da atuação do ACS tal como propõe o PSF. E uma das questões que se apresenta é que:

“No trabalho de agentes, está incluída uma série de situações para a qual a área da saúde ainda não desenvolveu um saber sistematizado e instrumentos adequados de trabalho e gerencia, desde a abordagem da família, o contato com situações de vida precária que determinam as condições de saúde, até o posicionamento frente à desigualdade social e a busca da cidadania. Para lidar com essas condições, se as regras não estão definidas, o agente lança mão do senso comum, valendo-se de suas experiências e crenças (...) No entanto o agente não é parente, mas alguém imbuído de funções e autoridades.” (WILSON citado por SILVA e DALMASO: 2002, 180)

Na zona canavieira nordestina, em particular, mesmo sendo registrada a presença de ACS em 92% deste território, os serviços de saúde apresentam os menores índices relativos à qualidade de vida, segundo avaliação da pesquisa coordenada por Leite, Heredia e Medeiros (2004). Dada a precariedade do funcionamento da saúde, os assentados procuram atendimento nos municípios, o que acaba por intensificar a pressão sobre os serviços de saúde regionais, sabidamente já deficientes, e desencadeando novas reivindicações ou engrossando as já existentes.

Então, mesmo que a atuação do ACS tenha ajudado no avanço qualitativo da assistência à saúde nas pequenas localidades, tal atuação tem limitações. Limitações relacionadas inclusive a fragilidade contratual e a alta rotatividade de sua função, a qual não permite consolidar posições municipais, nem comunitárias (SILVA e RODRIGUES, 2002). Uma vez que, o agente comunitário se encontra inserido numa rede de práticas pouco ortodoxas de contratação que se expressam pelos laços afetivos, políticos ou de compadrio adotados pelos gestores públicos locais, ao invés de balizarem seus critérios de contratação na competência e no mérito.

A inserção do ACS viabiliza a assistência à saúde e representa um avanço a um processo de mudança nas políticas de saúde. Entretanto, tal inserção também produz e reproduz um conflito entre a racionalidade técnico-institucional e as demandas político-comunitárias advindas do assentamento, o que pode comprometer a atuação estratégica

do ACS, bem como os propósitos do PSF enquanto política de promoção social e valorização da vida. Sendo assim, a abertura ao processo democratizante pode assumir dois rumos nas políticas de saúde: ou para que estas políticas se constituam enquanto instrumentos de atendimento de necessidades coletivas, subsidiando assim a identificação dos espaços públicos a espaços de interlocução e participação, com possibilidade de maior acesso e controle das políticas sociais, ou para suscitar formas arbitrárias, comportamentos políticos autoritários. Tendo em vista o histórico das políticas públicas no Brasil, em particular no Nordeste, eivado por estas práticas.

CAPÍTULO II

A POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL: DA INSTITUCIONALIZAÇÃO DO SUS A CONSTITUIÇÃO DO PSF

2. A Institucionalização do SUS: uma arena de disputa

Historicamente a saúde foi relegada ao segundo plano nas definições e planejamento da política-econômica e social do Estado. Entretanto, nas três últimas décadas as tentativas de reorganização da assistência à saúde se fizeram presentes com o intuito de alcançar um padrão de saúde integrado ao desenvolvimento social e com justiça.

Seguindo o panorama das políticas sociais no Brasil, enquanto as políticas de saúde na década de 20 apresentaram conotações corporativas ao privilegiar os interesses políticos e econômicos da oligarquia cafeeira e de agroexportadores estrangeiros, nas décadas posteriores estas políticas apresentaram conotações clientelistas ante o movimento de distribuição e destinação dos recursos alocados, com o intuito de manter o domínio de grupos e cúpulas partidárias. Em alguma medida, esta dinâmica tenta subsistir na década de 80 quando começam a ser introduzidas tendências universalizantes e de maior participação popular. Tais tendências, entretanto, não foram suficientes para conferir ao sistema brasileiro características do tipo “institucional redistributivo” (DRAIBE, 1989). A este quadro mais amplo sobre as políticas sociais acrescentam-se as críticas específicas à área de saúde, como o fato do saber e da assistência médica obedecer à lógica do capital, o que significa que as atividades na área de saúde estavam ligadas ao mercado, como também a subordinação da saúde pública ao setor privado (SILVA e DALMASO, 2002).

As mudanças na área da saúde com a introdução de tendências universalizantes e democratizantes ocorrem em meio à luta pela realização das Conferências Nacionais de Saúde (CNS), aos movimentos pela reforma sanitária e ao crescimento das organizações sindicais e populares no setor de saúde. Núcleos de resistência e pontas de lança na luta por mudanças nas políticas de saúde num período de democratização referenciado no espaço público, o que implicava numa reelaboração da questão da cidadania e em outro sentido na relação entre Estado e sociedade.

A partir da década de 80 constatou-se a emergência de novas práticas de representação e interlocução pública, vislumbrando uma tessitura democrática, assim

como a instituição de uma cidadania ativa referenciadas pela Constituição de 1988. Nesta perspectiva, uma movimentação ampla e multifacetada objetivava deslocar as práticas tradicionais de mandonismo, clientelismo e assistencialismo impregnadas na gestão pública para outros estilos políticos norteados pela participação e negociação de reivindicações, priorizando assim a relevância da distribuição dos recursos públicos e das responsabilidades dos atores envolvidos. Entretanto, a década seguinte é marcada pelas propostas neoliberais e as iniciativas de dismantelamento das relações de trabalho, desestabilizando o equilíbrio da regulação social da economia e o movimento em direção ao deslocamento das práticas tradicionais para outros tipos de práticas (TELLES, 1999).

Como resultado desse movimento de luta à abertura democrática, na área da saúde observa-se as mudanças no paradigma da saúde consubstanciado por um aparato jurídico-institucional e pela implantação do Sistema Único Descentralizado de Saúde – SUDS por meio do Decreto- Lei 94. 675/57 (CUNHA e CUNHA, 1998). A incorporação destes novos arranjos sociais na Constituição de 1988 pode ser percebida com a introdução de novos conceitos:

“Universaliza o direito à saúde e garante sua cobertura integral desde a promoção, recuperação e assistência médica hospitalar **como dever do Estado** num sistema de comando único nas três esferas de governo; Quebra a dicotomia entre a cura e a prevenção; Hierarquiza e descentraliza até o nível municipal; Democratiza o sistema através do controle social configurado nos diversos conselhos paritários, onde 50% dos membros são usuários” (FEGHALLI citado por SILVA, 1998:25).

Assim quando a saúde passa a ser compreendida como direito universal de todos e dever do Estado, fortalece um Sistema Único de Saúde (SUS) voltado para a atenção à saúde em primeiro lugar com atendimento universal e gratuito para toda a população. Neste sistema o controle social e a participação devem ocorrer nas três esferas de governo, federal, estadual e municipal, objetivando assim a melhoria da qualidade da atenção à saúde no país e o rompimento com um passado de descompromisso social e de irracionalidade técnico-administrativa (CUNHA e CUNHA, 1998).

O aparato jurídico-institucional que incorpora e institucionaliza os princípios da reforma sanitária, além da Carta Magna, é constituído: pelas Leis Orgânicas da Saúde (LOS) de número 8.080/90 (BRASIL, 2006b) e 8.142/90 (BRASIL, 2006c), pelas Normas Operacionais Básicas – NOB/96 (BRASIL, 2006d) e pelas Normas de Operacionalização de Assistência à Saúde – NOAS (BRASIL, 2006e). O viés que perpassa a atenção à saúde

por meio deste aparato é o da melhoria da qualidade de vida, a compreensão totalizadora do indivíduo, bem como ações na área de saúde pública as quais tenham como nova espinha dorsal a promoção da saúde e as mudanças na concepção de saúde, de serviços de saúde, de sociedade e de atenção à saúde como projeto que iguala saúde com condições de vida (CUNHA e CUNHA, 1998).

Enquanto a lei 8.080/90 dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e outras providências, a lei 8.142/90 dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e outras providências. No que diz respeito à NOB/96, esta tem por finalidade primordial promover e consolidar o pleno exercício da função de gestor da atenção à saúde junto a seus municípios, com a conseqüente redefinição das responsabilidades dos Estados, do Distrito Federal e da União, avançando na consolidação dos princípios do SUS. As normas propõem a reordenação do modelo de atenção à saúde, na medida em que redefine: a) os papéis de cada esfera de governo em uma única direção; b) os instrumentos gerenciais para que municípios e estados assumam seus respectivos papéis de gestores do SUS; c) os mecanismos e fluxos de financiamento, de forma que progressivamente a remuneração por produção de serviços seja substituída pelas transferências de caráter global, fundo a fundo; d) a prática do acompanhamento, controle e avaliação no SUS, ocorra não mais pelo faturamento de serviços produzidos, mas valorizando os resultados das programações com critérios epidemiológicos e desempenho com qualidade; e) os vínculos dos serviços com os seus usuários, privilegiando os núcleos familiares e comunitários, criando, assim, condições para haja participação e controle social (BRASIL, 2006d).

De acordo ainda com a NOB/96, a atenção à saúde compreende três campos: a) o da assistência, em que as atividades são dirigidas às pessoas, individual ou coletivamente, por meio do atendimento ambulatorial e hospitalar, bem como em outros espaços, como no domiciliar; b) o das intervenções ambientais sobre as condições sanitárias nos ambientes de vida e de trabalho, o controle de vetores e hospedeiros e a operação de sistemas de saneamento ambiental; e c) o das políticas externas ao setor saúde, que interferem nos determinantes sociais do processo saúde-doença das coletividades, tais como políticas macroeconômicas, emprego, habitação, educação, lazer e disponibilidade e qualidade dos alimentos. Assim, para que as ações na área de atenção à saúde contemplem os campos mencionados a NOB/96 identifica quatro papéis básicos

para o estado, os quais não são, necessariamente, exclusivos e seqüenciais: exercer a gestão do SUS no âmbito estadual nas condições de gestão avançada do sistema estadual, ou então, gestão plena do sistema estadual; promover as condições e incentivar o poder municipal para que assuma a gestão da atenção integral a saúde nas condições de gestão plena da atenção básica, ou então, gestão plena do sistema municipal; assumir, em caráter transitório, mas não complementar ou concorrente, a gestão da atenção à saúde daquelas populações pertencentes a municípios que ainda não tomaram para si esta responsabilidade.

A habilitação as diferentes condições de gestão representam uma declaração dos compromissos assumidos por parte do gestor perante os outros gestores e perante a população. De acordo com a NOB/96, entre as responsabilidades estabelecidas para os municípios habilitados à condição de gestão plena da atenção básica e do sistema municipal estão: elaboração de toda a programação municipal por meio da Programação Pactuada Integrada (PPI), contendo, inclusive, a referência ambulatorial especializada e hospitalar, com incorporação negociada à programação estadual; gerenciamento de unidades próprias, ambulatoriais e hospitalares, inclusive as de referência.

Entre as responsabilidades comuns tanto as condições de gestão avançada e como a plena do sistema estadual estão a elaboração da Programação Pactuada Integrada (PPI) do estado, contendo a referência intermunicipal e coordenação da negociação na Comissão Intergestores Bipartite (CIB) para alocação dos recursos, conforme expresso na programação; a elaboração e execução do Plano Estadual de Prioridades de Investimentos, negociado na CIB e aprovado pelo Conselho Estadual de Saúde (CES); a organização de sistemas de referência, bem como de procedimentos especializados e de alto custo e ou alta complexidade; ações assistenciais em epidemiologia, vigilância sanitária, farmacêutica e hemoterapia; manutenção do cadastro atualizado de unidades assistenciais sob sua gestão, segundo normas do Ministério da Saúde (MS); cooperação técnica e financeira com o conjunto de municípios, objetivando a consolidação do processo de descentralização, a organização da rede regionalizada e hierarquizada de serviços; o pleno exercício das funções gestoras de planejamento, controle, avaliação e auditoria; implementação de políticas de integração das ações de saneamento às de saúde.

Entre os requisitos comuns para a habilitação dos estados em ambas as condições de gestão estadual estão: comprovação do funcionamento do CES; comprovação do funcionamento da CIB; comprovação da operação do Fundo Estadual de Saúde; apresentação do Plano Estadual de Saúde aprovado pelo CES, contendo as metas e

a programação pactuadas, as estratégias de descentralização das ações de saúde e de reorganização do modelo de atenção para municípios, os critérios/indicadores utilizados para acompanhamento das ações e os relatórios de gestão dos anos anteriores; comprovação da capacidade técnica e administrativa e das condições materiais para o exercício de suas responsabilidades e prerrogativas; comprovação da dotação orçamentária do ano e o dispêndio no ano anterior, correspondente à contrapartida de recursos financeiros próprios do Tesouro Estadual, de acordo com a legislação em vigor.

No que diz respeito às responsabilidades específicas à gestão avançada do sistema estadual estão contratação, controle, auditoria e pagamento do conjunto dos serviços sob gestão estadual, bem como dos prestadores de serviços incluídos no Piso Assistencial Básico (PAB) dos municípios não habilitados; ordenação do pagamento dos demais serviços hospitalares e ambulatoriais; alimentação dos bancos de dados de interesse nacional. Para que o estado seja habilitado à condição avançada é necessário que apresente a programação pactuada e integrada ambulatorial, hospitalar e de alto custo, contendo a referência intermunicipal e os critérios para a sua elaboração; disponha de 60% dos municípios do estado habilitados nas condições de gestão estabelecidas na NOB/96, independente do seu contingente populacional; ou 40% dos municípios habilitados, desde que, nestes, residam 60% da população; e finalmente, disponha de 30% do valor do Teto Financeiro de Assistência (TFA) comprometido com transferências regulares e automáticas aos municípios.

Já entre as responsabilidades específicas à gestão plena do sistema estadual estão contratação, controle, auditoria e pagamento aos prestadores do conjunto dos serviços sob gestão estadual, conforme definição da CIB; operação de serviços ambulatoriais e hospitalares; e finalmente alimentação dos bancos de dados de interesse nacional. Para que o estado seja habilitado à condição plena é necessário que comprove a implementação da programação integrada das ações ambulatoriais, hospitalares e de alto custo, contendo a referência intermunicipal e os critérios para a sua elaboração; comprove a operacionalização de mecanismos de controle da prestação de serviços ambulatoriais e hospitalares, tais como: centrais de controle de leitos e internações, de procedimentos ambulatoriais e hospitalares de alto/custo e ou complexidade e de marcação de consultas especializadas; disponha de 80% dos municípios habilitados nas condições de gestão estabelecidas na NOB/96, independente do seu contingente populacional; ou 50% dos municípios, desde que, nestes, residam 80% da população.

Os papéis do gestor federal são: exercer a gestão, bem como as funções de normalização e de coordenação do SUS no âmbito nacional; promover as condições e incentivar o gestor estadual com vistas ao desenvolvimento dos sistemas municipais, de modo a conformar o SUS-Estadual; fomentar a harmonização, a integração e a modernização dos sistemas estaduais compondo, assim, o SUS-Nacional.

Em síntese, as competências do gestor federal são formular, normatizar e avaliar as políticas nacionais de saúde, garantindo a unicidade do sistema. As competências do gestor estadual são coordenar, controlar e avaliar unidades de referência e redes hierarquizadas de serviços, assim como executar ações complementares e de cooperação técnica e financeira com os municípios. E finalmente, são competências gestor municipal planejar, organizar, controlar e avaliar ações e serviços de saúde, bem como gerenciar e executar serviços ambulatoriais, hospitalares, vigilância epidemiológica, sanitária, alimentar, nutricional e de saneamento básico (Cunha e Cunha, 1998).

A NOB/96 também estabelece que o processo de articulação entre os gestores das esferas governamentais ocorre por meio de dois colegiados de negociação: a Comissão Intergestores Tripartite (CIT), envolvendo representantes das três esferas, e a Comissão Intergestores Bipartite (CIB), envolvendo, por sua vez, representantes da esfera estadual e municipal.

A NOAS, por sua vez, tem por objetivo a ampliação das responsabilidades dos municípios na Atenção Básica à Saúde, estabelecendo, para tanto, o processo de regionalização como estratégia de hierarquização dos serviços de saúde de forma equânime; criando mecanismos para o fortalecimento da capacidade de gestão do SUS; E, por fim, atualizando os critérios de habilitação de estados e municípios nas condições de Gestão Avançada do Sistema Estadual ou Gestão Plena do Sistema Estadual e Gestão Plena da Saúde Municipal (GPSM) ou Gestão Plena de Atenção Básica Ampliada (GPAB – A), de acordo com a capacidade destes de ofertar a totalidade dos serviços correspondente ao primeiro nível de referência e/ou os serviços de média e alta complexidade. Os instrumentos para execução desse processo de ampliação das responsabilidades de Estados e municípios na atenção à saúde consistem na elaboração: a) de um Plano Diretor de Regionalização (PDR), b) de um Plano Diretor de Investimentos (PDI) e c) na Programação Pactuada e Integrada (BRASIL, 2006e).

O PDR objetiva a definição de prioridades de intervenção coerentes com as necessidades de saúde da população de forma a: redistribuir geograficamente em regiões/microrregiões e módulos assistenciais os recursos tecnológicos e humanos

disponíveis; conformar redes hierarquizadas de serviços, com o estabelecimento de mecanismos e fluxos de referência e contra-referência intermunicipais; garantir a integralidade e o acesso da assistência à população aos serviços e ações de saúde. O PDI consiste num levantamento da necessidade de investimentos para garantir a implementação do PDR, no que diz respeito à existência e/ou suficiência tecnológica para oferta de serviços necessários à conformação de sistemas funcionais e resolutivos de assistência à saúde. E finalmente a PPI consiste numa programação integrada das ações ambulatoriais, hospitalares e de alto custo, de epidemiologia e de controle de doenças, incluindo, entre outras, as atividades de vacinação, de controle de vetores e de reservatórios, de saneamento, de pesquisa e desenvolvimento. A PPI também contempla estratégias de descentralização das ações de saúde, assim como as de reorganização do modelo de atenção (BRASIL, 2006e).

A lógica do SUS não só amplia o conceito de saúde, mas agrega a esta lógica os conceitos de sistema e unicidade. Ou seja, um conjunto de várias instituições, dos três níveis de governo e do setor privado contratado e conveniado, os quais interagem para o fim comum de atender o bem-estar da coletividade, baseando-se em princípios doutrinários e na operacionalização de diretrizes. Concentrados em um núcleo comum, os princípios doutrinários são o da universalidade, da equidade e da integralidade, os quais podem ser descritos como sendo respectivamente: saúde como direito para todos assegurado pelo Estado; justiça social com maior investimento onde houver maior carência de serviços; integração das ações de promoção, prevenção, tratamento e a reabilitação da saúde, inclusive articulando atuações intersetoriais entre as diferentes áreas que tenham repercussão na saúde e na qualidade de vida dos indivíduos.

As diretrizes organizativas para concretização do SUS são, por sua vez, regionalização e a hierarquização, a descentralização e o comando único e por fim, a participação popular, respectivamente: articulação em determinada área geográfica e em níveis crescentes de complexidade dos serviços de saúde, considerando para tanto critérios epidemiológicos e o conhecimento da clientela a ser atendida; responsabilização do município pela saúde de seus munícipes, tendo, portanto, a autonomia e a soberania em suas decisões e atividades; constituição dos Conselhos e das Conferências de Saúde para planejar, controlar e avaliar a execução da política de saúde (CUNHA e CUNHA, 1998).

As mudanças impostas nas práticas sanitárias representam à forma a partir da qual num dado momento, de um conceito e de um paradigma de saúde hegemônico, se

estruturam respostas sociais organizadas ante os problemas de saúde (MENDES, 1999). Diferente da prática da atenção médica, a prática sanitária voltada para a vigilância à saúde não exclui os componentes coletivos da doença e a sociabilidade de saúde. Ambos são considerados sobre o fazer de um diagnóstico, nas queixas dos pacientes e na forma de conduzi-las, bem como nas implicações destes na articulação de estratégias individuais e coletivas, juntamente com a epidemiologia e a intersectorialidade, para atuar nos pontos críticos dos problemas de saúde. Ou seja, a vigilância à saúde implica ação integral sobre os diferentes momentos ou dimensões do processo de saúde-doença por meio de três estratégias de intervenção: a promoção da saúde, a prevenção de doenças e a atenção curativa (MENDES, 1999).

Entenda-se por promoção à saúde a soma de ações, de serviços de saúde e de outros setores sociais e produtivos dirigidas para o desenvolvimento de melhores condições de saúde individual e coletiva; a prevenção como o modo de olhar e estruturar intervenções que procurem antecipar e evitar os eventos de doença e acidente de grupos; e por atenção curativa como cuidado aos doentes para que haja o prolongamento da vida, a diminuição da dor e a reabilitação de pessoas (MENDES, 1999)

Neste contexto, a gestão social da saúde por meio de uma série de mudanças propostas pela política do SUS implica na necessidade de compreender a atenção primária como estratégia de organização do primeiro nível de atenção do sistema, catalisando assim o reordenamento dos níveis secundários e terciários com estratégias complementares. De acordo com Silva e Dalmaso (2002) a atenção primária à saúde caracteriza-se como um conjunto de ações de caráter individual ou coletivo, situados no primeiro nível de atenção dos sistemas de saúde, voltados para promoção de saúde centrados na qualidade de vida das pessoas e do meio ambiente, estando relacionados à lei 8.080 e aos princípios e diretrizes do SUS.

O SUS é discutido por Mendes (1999) enquanto um sistema que foi pensando e operacionalizado para racionalizar a eficiência de seu gerenciamento possibilitando a melhoria da qualidade dos serviços de saúde ofertados. Entretanto, somente a racionalização dos serviços de atenção não significa mudanças nesse modelo no que tange ao paradigma e a ampliação do escopo e do rol de procedimentos mobilizados neste tipo de política de saúde. A atenção à saúde, a partir de um novo modelo, exige a construção social de um novo sistema de saúde, assim como na ordem governativa deste sistema, principalmente, sobre a concepção do processo saúde-doença, de paradigma sanitário e de prática sanitária.

Sendo assim, o processo saúde-doença deixa de vincular saúde à ausência de doença e morte, bem como ao pensamento clínico unilateral e reduzido a equação causa-efeito, para vincular saúde como qualidade de vida da população e produção social das condições de existência das pessoas. O paradigma sanitário, por sua vez, deixa de ser flexneriano⁵³ para ser o paradigma da produção social, no qual os acontecimentos são compreendidos enquanto produto da ação humana na sociedade e que, portanto, existem campos de conhecimentos interdisciplinares em permanente transformação, como as situações econômicas, sociais, culturais e perceptivas estabelecidas, que interferem na saúde. Assim, enquanto o paradigma da produção social está orientado para vigilância à saúde, o flexneriano organizou-se sob a forma da atenção médica, a qual pretende:

“(...) oferecer á população a maior quantidade possível de serviços de saúde, reduzidos a serviços médicos, ofertados individualmente e destinados a tratar as enfermidades ou a reabilitar os pacientes portadores de seqüelas, por meio da clínica e com a intermediação crescente de tecnologias”.
(MENDES, 1999:241)

A organização primária da saúde objetiva: reduzir a compreensão dos serviços de saúde que associa saúde a processos fisiopatológicos; fomentar a busca por assistência totalizadora de cuidado; instituir a dimensão subjetiva das práticas em saúde como parte da inovação tecnológica; e, por fim, estabelecer estratégias intersetoriais, a partir da detecção da especificidade do problema, bem como do planejamento, da hierarquização dos serviços, da integralidade e da descentralização deste, da co-responsabilidade entre equipe e a população assistida, da humanização na atenção e da consideração às especificidades e a realidade local (MENDES, 1999).

“Assim, a estratégia da atenção primária pretende reorganizar todos os níveis de atenção, alcançar todos os recursos do sistema, incluir todas as instituições estatais e privadas e atingir

⁵³ O paradigma flexneriano segundo Mendes (1999) está orientado para a prática da produção médica e suas características predominantes como: o mecanicismo sobre o corpo humano, suas estruturas e funções; o biologismo sobre a natureza, as causas e conseqüências das doenças; o individualismo sobre o objeto saúde independente dos aspectos sociais do indivíduo; a especialização devido à parcialização e a fragmentação abstrata do objeto global, atenuando a compreensão holística do indivíduo; o tecnicismo na medida em que a relação entre os seres humanos, os profissionais e a doença se desenvolvem por meio da biomédica; e por fim, as práticas curativistas devido à fisiopatologização do indivíduo no diagnóstico e na terapêutica.

toda a população, em movimento que objetiva reordenar todo o sistema de saúde do país” (MENDES, 1999:271).

A implantação do SUS implicou em transformações nas formas de organização e nas práticas cristalizadas através de décadas de vigência de um modelo de atenção orientado por uma lógica oposta a atual. Assim, embora se fale de uma *crise*⁵⁴ no sistema de saúde brasileiro, mudanças estão acontecendo no panorama da saúde que autorizam a persistir na luta pela construção do SUS. Isto porque o sistema de saúde vem mudando as características que o marcaram anteriormente, como a desigualdade no acesso aos serviços, a centralização na esfera federal, a separação entre as ações curativas e as de prevenção e promoção da saúde, a concentração dos recursos nas atividades destinadas a assistência médico-hospitalar, a disputa orçamentária e a recorrente perda com a previdência social (BARROS, 1997).

A co-existência inevitável de características do antigo e do novo modelo de atenção à saúde dentro do SUS não pode levar a avaliação de fracasso do sistema, uma vez que transformações relevantes no modelo de atenção e nas práticas assistenciais ocorreram. Entre estas se podem identificar novas condições de luta política derivadas da entrada em cena do poder local que passa a ter prioridade na gestão do sistema, tanto nos aspectos decisórios, como no controle sobre a ação estatal; o fato de o plano local ser impelido a assumir gradativamente maior responsabilidade na provisão da atenção à saúde como forma de responder aos problemas concretos de seus eleitores; a ampliação da presença do município na oferta de serviços; o surgimento no plano local de inúmeras soluções criativas para o equacionamento de problemas do sistema de saúde e, não raro, melhoria nas condições de acesso e resolutividade do sistema no que tange a presença de especialistas na região, suporte diagnóstico e hospitalar; a implantação de centrais de leito e de marcação de consulta a qual tem permitido maior racionalidade na utilização de serviços disponíveis e resultado em maior qualidade no atendimento; a maior presença dos municípios na prestação de serviços de saúde; a racionalização da distribuição das Autorizações para Internação Hospitalar (AIHs); o estabelecimento do critério de proporcionalidade à população de cada unidade federativa que permitiu a correção de distorções inter-regionais; a incorporação à tabela de procedimentos pagos pelo SUS de ações de vigilância sanitária e epidemiológica, a criação do Programa Saúde da Família – PSF e a expansão do Programa de Agentes Comunitários de Saúde – PACS (BARROS, 1997).

⁵⁴ Termo utilizado por Barros (1997);

O PACS e o PSF apresentam-se como novos arranjos sociais na área da saúde que objetivam a consolidação do SUS. Portanto, são ao mesmo tempo produto do legado histórico das políticas públicas e sociais no Brasil e produtora de mudança na prática e no paradigma de atenção à saúde.

2.1. O PACS e o PSF: alternativas para aprimoramento da política do SUS

Com o intuito de aprimorar e consolidar a implantação do SUS, bem como de atingir as mudanças esperadas na assistência médica as quais transponham as deficiências do antigo modelo, centrado em práticas curativas e medicamentosas, uma série de programas alternativos são implementados. Entre estes o PACS e o PSF.

A importância da participação da sociedade civil neste processo de implementação foi de suma importância, como bem coloca Mendonça e Sousa (2004):

“Os programas de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e de Saúde da Família (PSF) nunca estiveram na agenda da Reforma Sanitária do Brasil. Esses programas aconteceram como resultado de uma demanda natural das comunidades na construção de uma proposta que garantisse acesso universal às informações e assistência, oriundas do sistema de saúde da época. Antes de 1990, o que remonta ao início dos anos 80, tanto o PACS quanto o PSF já existiam neste país, com diferentes denominações nas mais variadas regiões e nos seus mais profundos rincões. Só precisavam ser institucionalizados. Mal poderíamos imaginar que essas propostas emanadas do povo se impusessem e pudessem se constituir em um dos pilares e em um componente fundamental de consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS) como é hoje, pois trazem com eles todos os princípios do nosso sistema de saúde (p.142)”.

Outras estratégias comunitárias foram experimentadas pelo Ministério da Saúde antes do PACS e do PSF, tal como o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS), na segunda metade dos anos 70, e o Programa Nacional de Agentes Comunitários em Saúde (PNACS), início dos anos 90.

No que diz respeito às determinações legais sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde estão dispostas na Constituição Federal de

1998 nos artigos 196 e 198⁵⁵, bem como na LOS nº 8.080/90, no artigos 2 do Título I “Das Disposições Gerais”⁵⁶, no artigo 5 do Capítulo I “Dos Objetivos e Atribuições”⁵⁷ e no artigo 7 do Capítulo II “Dos Princípios e Diretrizes”⁵⁸. Determinações estas que em conjunto com a NOB/96 e a NOAS, reconhece o PACS e o PSF como sendo estratégicos

⁵⁵ Art 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

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

- I- descentralização, com direção única em cada esfera de governo;
- II- atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;
- III- participação da comunidade.

⁵⁶ Art 2º A saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício.

§ 1º O dever do Estado de garantir a saúde consiste na formulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos e no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação.

⁵⁷ Art. 5º São objetivos do Sistema Único de Saúde SUS:

- I- a identificação e divulgação dos fatores condicionantes e determinantes da saúde;
- II- a formulação de política de saúde destinada a promover, nos campos econômico e social, a observância do disposto no § 1º do art. 2º desta lei;
- III- a assistência às pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com a realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas.

⁵⁸ Art. 7º As ações e serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados que integram o Sistema Único de Saúde (SUS), são desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas no art. 198 da Constituição Federal, obedecendo ainda aos seguintes princípios:

- I- universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência;
- II- integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema;
- III- preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral;
- IV- igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie;
- V- (...)
- VIII- participação da comunidade;
- IX- descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo:
 - a. ênfase na descentralização dos serviços para os municípios
 - b. regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde;

na contribuição para aprimoramento e consolidação do SUS, a partir da atenção primária a saúde e da reorientação da assistência ambulatorial e domiciliar (BRASIL, 2006a).

A NOB/96 em particular ao regulamentar no âmbito municipal as estratégias e os movimentos táticos acaba por operacionalizar o SUS e demais programas, a exemplo do PSF e do PACS. No item 12.1.2. das normas operacionais encontra-se explícito o incentivo para implantação destes programas alternativos ao estabelecer que:

“O acréscimo percentual ao montante do PAB [Piso Assistencial Básico] será feito de acordo com os critérios a seguir relacionados, sempre que estiverem atuando integralmente à rede municipal, equipes de PSF, PACS ou estratégias similares de garantia da integralidade da assistência, avaliado pelo órgão do MS (SAS/MS). Dessa forma será repassado:

- Acréscimo de 3% sobre o valor total do PAB para cada 5% da população coberta pelo PSF, até atingir 60% da população total do município;
- Acréscimo de 5% sobre o valor total do PAB para cada 5% da população coberta entre 60% e 90% da população assistida;
- Acréscimo de 7% para cada 5% da população coberta entre 90% e 100% da população do município”(BRASIL, 2006d: 20-21).

O PACS, no entanto, não foi pensado enquanto um programa de caráter permanente, mas como estratégia de transição para o PSF e que, portanto, aos poucos deveria incorporar e ampliar a atuação do Agente Comunitário de Saúde (ACS) a Equipe de Saúde da Família (ESF). Conseqüentemente, estes programas também são consubstanciados pelos mesmos princípios e diretrizes da lógica do SUS: saúde como um direito de todos assegurado pelo Estado e pautado nos princípios de universalidade, equidade e integralidade, assim como nas diretrizes organizativas da descentralização, da hierarquização e da participação popular. O PACS objetiva a melhoria da capacidade da comunidade de cuidar da própria saúde, transmitindo-lhes informações e conhecimentos. Para tanto, propicia o fortalecimento da ligação entre a comunidade e os serviços de saúde locais; oferece procedimentos simples e o trabalho integrado com a equipe; amplia o acesso à informação sobre saúde na comunidade; coopera com a organização comunitária no trato com os problemas de saúde. O programa expressa uma expectativa em relação à atuação dos ACS na redução dos riscos de morte materno-infantil ligados ao parto, amamentação, desidratação e de melhoramento da condição social pelo emprego. As ações desenvolvidas pelos agentes dentro deste programa devem consistir, portanto, em

visitas domiciliares regulares para verificação e acompanhamento de gestantes, crianças, curativos; em encaminhamentos para diagnóstico e terapia, para controles preventivos, pré-natal, vacinação; na promoção, organização ou colaboração com reuniões da comunidade para discutir e enfrentar problemas de saúde (BRASIL, 2006a).

No que diz respeito ao PSF, este programa foi idealizado em 1993, oficializado em 1994 e expandido em 1995 com a função de ser instrumento de reorganização do SUS por meio da atenção básica e da municipalização, privilegiando áreas de maior risco social (SILVA e DALMASO, 2002). Os objetivos traçados pelo PSF quando idealizado em 1993 eram:

- Melhorar o estado de saúde da população através de um modelo de assistência, voltado à família e a comunidade, que incluísse desde a proteção e a promoção da saúde até a identificação precoce e o tratamento das doenças;
- Divulgar o conceito de saúde como qualidade de vida e direito do cidadão;
- Promover a família como núcleo básico de abordagem no atendimento à saúde da população, em um enfoque comunitário;
- Prestar atendimento básico de saúde à população, de forma integral a cada membro, identificando as condições de risco para saúde do indivíduo;
- Atenção integral, oportuna e contínua à população no domicílio, em ambulatório e hospitais;
- Agendar atendimento à população, sem descartar a possibilidade de atendimento eventuais e domiciliares;
- Humanizar o atendimento e estabelecer um bom nível de relacionamento com a comunidade;
- Organizar o acesso ao sistema de saúde;
- Ampliar a cobertura e melhorar a qualidade de atendimento no sistema de saúde;
- Promover a supervisão e a atualização profissional para garantir boa qualidade e eficiência no atendimento;
- Informar às causas que provocam doenças e os resultados alcançados na sua prevenção e no seu tratamento;

- Incentivar a participação da população no controle do sistema de saúde.

O PSF ao passar pelo processo de expansão em 1995, tem seus objetivos revistos e em alguma medida readaptados em sua reorientação em 1997 para:

- Contribuir para reorientação do modelo assistencial a partir da atenção básica, imprimindo uma nova dinâmica de responsabilidade entre os serviços de saúde e a população;
- Prestar, na unidade de saúde e no domicílio, assistência integral, contínua, com responsabilidade e boa qualidade às necessidades de saúde da população adscrita;
- Intervir sobre os fatores de risco aos quais a população está exposta;
- Eleger a família e o seu espaço social como núcleo básico de abordagem no atendimento à saúde;
- Humanizar as práticas de saúde através do estabelecimento de um vínculo entre os profissionais de saúde e a população;
- Propiciar o estabelecimento de parcerias através do desenvolvimento de ações intersetoriais;
- Contribuir para a democratização do conhecimento do processo saúde/doença, da organização dos serviços e da produção social da saúde;
- Fazer com que a saúde seja reconhecida como um direito de cidadania e, portanto, expressão da qualidade de vida;
- Estimular a organização da comunidade para o efetivo exercício do controle social

Apresentado como uma tentativa de reformulação do modelo de atenção primária à saúde no qual se prioriza a saúde comunitária, o PSF inova ao deslocar o eixo de atendimento centrado na figura do médico e do tratamento para o atendimento centrado na equipe de saúde que atua em nível local, contribuindo para influenciar a totalidade do sistema de saúde. Para tanto, suas perspectivas de atuação se pautam na acessibilidade, na racionalidade técnica e econômica, na participação popular pelo controle do serviço e na extensão de cobertura dos serviços de saúde para parcelas

específicas da população brasileira. Aproximando-se, portanto, do cotidiano das localidades onde existe o serviço (VASCONCELOS, 1999).

O PSF é a porta de entrada no sistema de saúde em todas as localidades onde estiver implantado. O controle da qualidade de serviços prestados pelo PSF e a avaliação do desempenho da equipe é realizado por grupos de supervisão, pelos Conselhos de Saúde e pelas comunidades atendidas. Ou seja, a proposta do PSF é cobrir uma determinada área geográfica em função das condições de acesso e da densidade demográfica do município. E isto por meio de uma ESF, a qual poderia ser modificada de acordo com a realidade local, supervisão e atualização desta tal equipe pelos Sistemas Locais de Saúde (SILOS) e, claro, contando com a atuação dos ACS que residem na comunidade. Assim, cada pessoa da família receberia atenção integral da equipe do PSF e as equipes tornar-se-iam responsáveis pela execução de ações para prevenção e controle de incidência de doenças (VASCONCELOS, 1999).

Partindo então desta proposta, os princípios filosóficos do PSF são, de acordo com Silva e Dalmaso, (2002):

- De caráter substantivo, já que as práticas convencionais de assistência são substituídas por um novo processo de trabalho, cujo eixo está centrado na vigilância à saúde;
- Baseados na integridade e hierarquização, de forma a inserir-se no primeiro nível de ações e serviços do sistema de saúde local e vinculado à rede de serviços, garantindo assim a referência e a contra-referência nas ações mais especializadas;
- Pautados na territorialização e adscrição de clientela, trabalhando com território de abrangência definida e população cadastrada, responsável por no máximo 4.500 pessoas;
- Operacionalizados por uma Equipe multiprofissional: médico generalista ou de família, um enfermeiro, uma auxiliar de enfermagem e de 4 a 6 ACS

É importante colocar que a escolha das áreas onde são implantados os programas devem também observar os seguintes critérios, segundo as autoras supracitadas:

- Residentes nas áreas delimitadas no Mapa da Fome do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA);

- Realização de mapeamento das áreas do município indicado para a implantação do Programa;
- Interesse da comunidade em participar do PSF;
- Necessidade de saúde local;
- Oferta atual de serviços;
- Existência de apoio para diagnóstico e tratamento de doenças, consultas especializadas e hospitais que assegurem o atendimento adequado e a eficiência do programa;
- Disposição da administração municipal em adotar o modelo de assistência à saúde proposto pelo PSF e em participar do seu funcionamento.

No que compete à decisão política-administrativa municipal para que o PSF seja implantado cabe ao município adotar os seguintes procedimentos:

1. Identificação das áreas prioritárias para a implantação do programa;
2. Mapeamento do número de habitantes em cada área;
3. Cálculo do número de equipes e de agentes comunitários necessários;
4. Adequação de espaços e equipamentos para a implantação e o funcionamento do programa;
5. Solicitação formal a Secretaria Estadual de Saúde a adesão do município ao PSF;
6. Seleção, contratação e capacitação dos profissionais que atuarão no programa.

A equipe de profissionais de saúde da família pode ser responsável, no âmbito de abrangência de uma Unidade Básica de Saúde (UBS), por uma área onde resida, no máximo, 1000 famílias ou 4.500 pessoas. E no que tange a assistência realizada pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), deve ser realizada na proporção de um agente para, no máximo, 150 famílias ou 750 pessoas (BRASIL, 2006e). A composição mínima da ESF pode ser ilustrada pelo seguinte organograma:



Sobre as atribuições dos membros da ESF, cabe ao médico atender todos os integrantes de cada família e desenvolver com os demais membros da equipe ações preventivas e de promoção da qualidade de vida da população. Ao enfermeiro supervisionar o trabalho do ACS e do auxiliar de enfermagem, assistir as pessoas na UBS e em seus domicílios quando necessitam de cuidados. Ao auxiliar de enfermagem compete realizar procedimentos de enfermagem na UBS, no domicílio e executar ações de orientação sanitária. Aos ACS compete intermediar a relação família – serviços de saúde, visitar os domicílios pelo menos uma vez por mês, realizar o mapeamento de cada área, cadastrar as famílias e estimular a comunidade para práticas que proporcionem melhores condições de saúde e de vida. E finalmente, aos outros profissionais, como dentistas, assistentes sociais e psicólogos, que poderão compor a equipe de acordo com as necessidades e possibilidades locais, caberá cuidar respectivamente da saúde bucal, da assistência social e psicossocial.

Assim, a reorganização da atenção primária por meio do PSF configura-se como uma estratégia que objetiva criar no primeiro nível da assistência centros de saúde, em que uma equipe de saúde da família, em território de abrangência definida, desenvolva ações dirigidas à saúde das famílias e ao seu hábitat, de forma contínua, personalizada e ativa e com ênfase relativa no promocional e no preventivo, mas sem descuidar do curativo-reabilitador, da alta resolubilidade, dos baixos custos diretos - sejam econômicos, sejam sociais - e articulando-se com outros setores que determinam à saúde (MENDES, 1999).

Contudo, como bem coloca Silva e Dalmaso (2002), o PSF que representa uma nova forma de organizar a atenção básica, encontra-se ainda cativo do predomínio da assistência individual baseada no saber clínico. Cativo da expectativa do atendimento à demanda espontânea de forma imediata por profissional universitário, médico ou enfermeiro. A oferta organizada de ações de saúde instrumentalizada no PSF pela priorização de grupos de risco e pela visita mensal do agente às famílias, é outro pólo da prestação de assistência em tensão com o modelo ainda hegemônico. A política de saúde do PSF em seu momento histórico particular é diferenciada, porque apresenta inovações e particularidades, as quais se valem não só do acesso da comunidade para tratamento nas unidades, mas permite o entrosamento direto e progressivo envolvimento dos vários profissionais da ESF. Não podendo ser, portanto, comparado com possíveis re-criações históricas de estratégias comunitárias experimentadas pelo Ministério da Saúde, a exemplo do PIASS e do PNACS.

2.2.O processo de racionalização que envolve o ACS

Mediante sua atuação, o ACS é envolvido por distintas racionalidades que se inter-influenciam mutuamente e que também divergem entre si.. Se de um lado temos a racionalidade do ACS direcionada de acordo com a complexidade das experiências vividas e dos valores que compartilha com seu grupo de origem, do outro, temos a racionalidade do PSF de atendimento as demandas técnicas em saúde por meio de sua capacidade de resolver ou evitar problemas na área de saúde, ocasionando, desta maneira, a diminuição de custos e maior garantia de eficiência e eficácia das ações.

Ao lançarmos mão do paradigma weberiano para clarificar a atuação do agente dentro da política do PSF, entendemos a racionalização enquanto um processo que se desenvolve em nossa sociedade no sentido de uma maior organização e burocratização, onde as ações sociais dos indivíduos são orientadas em relação a um fim e comandadas por uma ordem de dominação racional-legal. Ou seja, é um processo em que as condições de possibilidades objetivas passam a ser incorporadas dentro de uma lógica pelas instituições sociais e pelos indivíduos, configurando-se em um tipo de conhecimento que se transfigura em um agir racional em relação a fins, de forma a expressar um estilo de vida metódico. Nesse processo o instrumento principal é a razão, o qual permite que o indivíduo tenha uma conduta racional. Enfim, que possa calcular os meios apropriados para alcançar determinados fins, considerando para tanto às conseqüências possíveis de sua conduta, a eficiência instrumental e o sucesso como valor absoluto (WEBER, 1964).

Sendo assim, o ACS e sua atuação também estão sendo em alguma medida englobados por esse processo mais amplo de racionalização que vem se apresentando na contemporaneidade em todas as esferas. Essa racionalização consiste em conduzir o indivíduo no interior de uma lógica cuja tendência é de gradativa ampliação para que sua conduta não se oriente pelos valores, mas pelas convenções racional-legais, as quais se apóiam na burocracia e em seu quadro administrativo burocrático (DIAS, 1997), o que corrobora a discussão realizada até o momento de que não existe um tipo “puro” de ACS, mas uma incorporação das dimensões objetivas (estrutura do programa) e subjetivas (valores e crenças dos assentados) na formulação e na prática cotidiana destes. Uma dimensão complementa a outra e em alguns momentos um tipo pode sobressair sobre o outro.

Ao identificar e qualificar a atuação do ACS permite-se a compreensão da prática desenvolvida por esse novo ator posto que ao mesmo em que aproxima o

programa do assentamento também pode distanciar-se tanto deste como das diretrizes e metas traçadas pelo PSF. Pode atuar tanto em direção ao caminho das políticas públicas de tendências democratizantes e universalizantes, quanto pode reproduzir práticas arbitrárias. Uma vez que o ACS não exerce influência suficiente na mudança da estrutura social e encontra-se tensionado entre os valores e crenças de seu grupo e a racionalidade do programa do qual faz parte. E ao compreender tal atuação também perceber quais e como utiliza de diferentes instrumentos para fortalecer e ampliar o diálogo e a participação no espaço público, a exemplo do Conselho Municipal de Saúde (CMS).

2.3. CMS e ACS: limites e possibilidades de ação no espaço público

Estimular a organização da comunidade para o exercício do controle social dos serviços prestados pela ESF é um dos objetivos do PSF. Objetivo este que envolve uma relação não idêntica, mas sinérgica entre descentralização, participação e democracia. O processo de descentralização pode contribuir para redefinir as relações entre Estado e sociedade civil e o próprio aparato estatal.

A descentralização é um processo de reordenamento técnico-administrativo das funções públicas que assume valores políticos finalísticos tais como, a universalização, a equidade, o controle social, de forma que possa tornar eficiente a ação do poder público. Portanto, ao assumir estes valores políticos torna-se um novo paradigma na organização e gestão pública, o qual não é único a instrumentalizar a democratização, mas constitui um dos instrumentos de expansão da lógica democrática, pois possibilita a criação de novas instâncias de negociação na sociedade civil. Então, se de um lado, a participação viabiliza a descentralização, por outro, esta é condição para que haja a participação, para que as organizações que articulam os interesses dos excluídos possam fazer ouvir sua voz, garantindo a igualdade de acesso, a articulação e a implementação das políticas públicas (JUNQUEIRA, 1997).

No entanto, é preciso considerar que o processo de participação na sociedade civil é contraditório, fragmentado e vinculado a uma multiplicidade de fatores, entre estes uma estrutura estatal de desenho autoritário resistentes aos impulsos participativos, uma matriz cultural de traços autoritários, clientelistas e excludentes, como também a exigência de qualificação técnica e política por parte dos representantes da sociedade civil para que efetive os interesses dos representados, algo que exige um considerável investimento de tempo e disponibilidade (DAGNINO, 2002).

A operacionalização da participação da comunidade no PSF ocorre por meio das atribuições dos ACS e dos Conselhos Municipais de Saúde (CMS), as quais buscam a parceria com os diversos segmentos da sociedade no desenvolvimento de ações educativas e de promoção da saúde, de forma a difundir permanentemente informações do que acontece de fato. Assim, torna-se possível aumentar a participação das organizações populares no planejamento, execução e avaliação do programa, bem como contribuir para o controle social das ações e serviços de saúde.

Entre as atribuições do ACS as que se identificam com o fomentar da participação da população estão: identificar as micro-áreas de risco, inclusive buscando soluções para os problemas identificados junto às autoridades locais; atuar como animador no desenvolvimento coletivo da comunidade; atuar em ações humanitárias e solidárias, na busca de alternativas para geração de empregos, em situações de seca, enchentes, no combate à violência etc (SILVA e RODRIGUES, 2002). No que diz respeito então aos CMS estes são instrumentos os quais têm por função permitir o cumprimento do princípio da descentralização e da integralidade da política do PSF, ou seja, o controle de todas as etapas da gestão de serviço: identificação dos problemas de saúde e de qualidade de vida, seus determinantes sócio-econômico-culturais e ambientais e o planejamento dos mecanismos para o enfrentamento dos problemas levantados. A estratégia de controle se coloca como fundamental à articulação das atuações intersetoriais e multidisciplinares, bem como enquanto possibilidade de integração das ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação da saúde. Principalmente, no que tange a atuação do ACS, uma vez que a existência e o grau de consolidação dos CMS refletem diretamente na forma como as demandas trazidas pelos agentes serão aceitas e conduzidas pelo conselho ao Estado.

Os Conselhos representam um conjunto de forças concretas específicos que se lança mão para penetrar no Estado e introduzir uma lógica de persuasão sobre as questões mais carentes da sociedade, originando assim, novas agendas e novos parâmetros para as ações governamentais. Sendo assim:

“Trata-se de órgãos públicos de natureza ampla que foram criados por lei, regidos por um regulamento que é aprovado por um plenário e referendado pelo executivo, com caráter obrigatório para todo o país, como condição para repasse de recursos. A sua composição é definida em lei, mas geralmente é constituída através de uma conferencia ou fórum com representantes da sociedade civil e governo. No caso dos

conselhos de saúde, estão definidos em lei as representações dos usuários, prestadores de serviços e profissionais da área, com exigência de paridade entre a representação do governo e da sociedade civil, ou seja, os usuários”(JUSTINO, 2006:89).

Os conselhos de saúde foram instituídos na década de 80 durante o processo de redemocratização na esteira dos movimentos da reforma sanitária. No entanto, sua origem é anterior a este período. Remonta as décadas de 70 e 80 e está relacionada as experiências de caráter informal sustentadas por movimentos sociais, no formato de “conselho popular” ou como estratégias de luta operária na fábrica. Alternativa à inércia e ao comprometimento dos sindicatos oficiais na forma de “comissões de fábrica”. A importância desta experiência reside na inclusão do princípio da participação comunitária no debate sobre a Constituição, bem como no posterior surgimento de várias leis que institucionalizam os conselhos de políticas públicas (JUSTINO, 2006)⁵⁹. Assim, enquanto na década de 80 os conselhos são institucionalizados como novos espaços de participação da sociedade civil na gestão pública e mecanismo de intervenção direta dos

⁵⁹ Para maiores detalhes consultar a tese de doutorado de José Justino Filho (2006). Embasada na metodologia da antropologia social e nas técnicas de observação participante, entrevistas abertas estruturadas e pesquisa documental, foi analisado o desempenho político institucional dos conselhos municipais de João Pessoa, Patos e Catolé do Rocha, considerando a inserção do município no panorama geral, os aspectos locais, a cultura cívica, a gestão pública da saúde e o fundo municipal de saúde. Especificamente sobre o CMS os aspectos que diz respeito 1) a origem, a natureza, a infra-estrutura, o orçamento, o regimento interno, a composição e o perfil institucional (pluralidade na composição e paridade); 2) o funcionamento dos CMS no que tange a planejamento das atividades, regularidade das reuniões e dinâmica das reuniões; 3) a efetividade do CMS, seu caráter deliberativo, sua capacidade de publicização e implementação das decisões; 4) a operacionalidade do controle social do CMS, nível de desempenho com relação a gestão de políticas públicas que influenciam a saúde da população; 5) o perfil sociológico dos conselheiros, a qualificação técnica (conhecimento do “estado de saúde da população”), política (conhecimento sobre a realidade de sua comunidade) e institucional (conhecimento sobre o funcionamento da máquina pública) de tais conselheiros, capacitação para atuação, a representatividade, a credibilidade e legitimidade destes. No estudo o autor concluiu que os conselhos da Paraíba apresentam um arranjo institucional adverso capaz de garantir um maior controle da sociedade civil sobre as decisões das políticas públicas. Nesse sentido, a cultura cívica apresentada nos municípios da pesquisa demonstrou que os processos recentes e alternativos de democratização possuem como um dos elementos principais a consolidação da idéia de participação. Entretanto, a prática de clientelismo e da dependência pessoal torna-se um empecilho para uma prática democrática. A autonomia dos conselhos é comprometida pela ingerência política dos gestores municipais que tentam transformar os conselhos em mera instancia de legitimação de políticas elaboradas. As ações dos conselhos tendem a limitar-se assim a reuniões ou atividades burocráticas. A infra-estrutura física e funcional não é boa. Há ausência de orçamento próprio e necessidade de qualificação e capacitação por parte dos conselheiros. Entretanto, mesmo que os conselhos sejam criados apenas como uma formalidade para a obtenção de recursos destinados a perpetuar uma cultura clientelista, o seu aspecto positivo reside em criar oportunidades e desafios para a sociedade dinamizar os conselhos e fazer com que estes exerçam os seus papéis.

cidadãos na tomada de decisões, na década seguinte o processo em curso junto aos conselhos é de consolidação de uma nova institucionalidade⁶⁰.

De acordo ainda com o autor supracitado, no Brasil os tipos de conselhos adquiriram diversos formatos, conforme a vinculação que estabeleçam na implementação de ações focalizadas. O vínculo pode ocorrer com os conselhos gestores de programas governamentais ou com a elaboração, implantação e controle de políticas públicas, através de conselhos de política setoriais, definidos por leis federais para concretizarem direitos de caráter universal, como é o caso do conselho de saúde entre outros. Existem os conselhos temáticos, de maior abrangência que, além de abranger políticas públicas ou ações governamentais, envolvem temas transversais que permeiam os direitos e comportamentos dos indivíduos e da sociedade, como exemplo: direitos humanos, sexualidade, racismo etc. Atualmente diversos municípios contam com organismos mais gerais de participação ampla, envolvendo diversos temas transversais, como é o caso dos conselhos de desenvolvimento urbano e do conselho de desenvolvimento municipal.

⁶⁰ A nova institucionalidade é um tipo de conhecimento sobre as intuições sociais que conduz dentro de uma nova lógica a mediação pela qual é responsável entre estruturas sociais e comportamento dos indivíduos. De acordo com Justino (2006) está além da discussão no parlamento ou da lei. É produto de um processo amplo em que as regras e procedimentos não se reduzem a formalidade, mas incorpora novos agentes e amplia a participação na definição de políticas públicas. Construída, portanto, a partir do debate público nos espaços sociais com a interlocução de diferentes atores até chegar à formação de um conjunto de proposições que serve de balizamento para as esferas de decisão formal, o que exige a quebra do monopólio de velhos atores: governo, parlamento, judiciário, grupos de pressão. É produto do neo-institucionalismo, paradigma que surge como renovação de um outro, o institucionalismo. Dominante em meados da década de 60, o institucionalismo analisa a instituição como uma variável dependente e profundamente relacionada à estrutura social. Na perspectiva funcionalista de Parsons, a instituição é um elemento integrado ao sistema social que tem por função mediar às regras de constrangimento aos indivíduos, mantendo o funcionamento equilibrado deste tal sistema. Na perspectiva estruturalista de Durkheim a função da instituição é fixar maneiras de agir e certos juízos de maneira coercitiva, produzindo a síntese coletiva da ação e um novo resultado, ou seja, um fato social. E por fim, na perspectiva estruturalista de Marx a instituição é instrumento de articulação e organização dos distintos interesses de classe que tem por função assegurar os interesses da classe dominante e mitigar os conflitos sociais (THÉRET, 2003). O neo-institucionalismo, por sua vez, se desenvolveu entre as décadas de 80 e 90, partindo de pelo menos três métodos de análise que se desenvolveram de forma diferenciada e paralela: o institucionalismo histórico, o institucionalismo da escolha racional e o institucionalismo sociológico (HALL e TAYLOR, 2003). No institucionalismo da escolha racional os atores agem estrategicamente em direção a um benefício maximizado e a função das instituições é oferecer estabilidade e informações quanto ao comportamento dos atores no processo. No institucionalismo sociológico os atores recorrem a protocolos estabelecidos ou a modelos de comportamento já conhecidos. Para atingir seus objetivos e a função das instituições é fornecer esquemas morais e cognitivos à ação, o que permite a interpretação da ação. E finalmente no institucionalismo histórico as perspectivas “racional” e “cultural” são adotadas para tratar a relação entre instituições e ações. Uma de suas propriedades notáveis consiste na importância que atribui às relações assimétricas de poder e a concepção que vincula causalidade social a trajetória histórica, inclusive no que diz respeito à existência e funcionamento das instituições (HALL e TAYLOR, 2003).

Os conselhos são estruturas hierarquizadas na qual há a institucionalização do controle social. São abordados como “instituições híbridas” por proporcionar um novo desenho institucional que envolve divisão de espaços de deliberação entre representações estatais e entidades da sociedade civil. As relações brotadas nesse processo fazem parte de um movimento mais abrangente de formação de uma esfera pública ampliada, uma vez que é extensão do estado até a sociedade que é regida por critérios diferenciados da representação parlamentar ou mesmo sindical. Nesta esfera pública há o vínculo institucional do conselho ao aparelho de Estado que se evidencia através da exigência legal da homologação das decisões pelo chefe do poder executivo, inclusive o regimento interno. E é por isso, que a nomenclatura dos conselhos contempla a vinculação estabelecida com as esferas governamentais (municipal, estadual ou federal) seguido de sua diversidade de tipos (conselho de gestão, de políticas públicas ou setoriais) e o setor de atividades ou de programa a que se refere (conselho de saúde, de assistência, entre outros). Entretanto, o vínculo entre conselho e estado algumas vezes é abordado como empecilho a autonomia da primeira instituição, especialmente na elaboração e controle da execução de políticas públicas setoriais, inclusive no aspecto econômico financeiro. A ampliação das atividades do conselho pode ou não ser acontecer, o que depende do grau de unidade das forças da sociedade civil ante este hibridismo.

Segundo Justino (2006), as funções do conselho podem ser consultiva, deliberativa ou de controle social. Todos estes possuem uma base territorial e seus membros são escolhidos diretamente ou indicados por partidos com participação na gestão. Para que as atividades do conselho possuam um caráter permanente, além da existência de uma infra-estrutura e de suporte administrativo, é necessário: a definição de planos de trabalho e cronograma de reuniões; produção de diagnóstico e identificação de problemas; conhecimento de estruturas burocráticas e de mecanismos legais do setor; cadastramento de entidades governamentais e não-governamentais; discussão e análise de leis orçamentárias e elaboração de proposições; acompanhamento de ações governamentais através de relatórios, entrevistas e visitas de campo com os dirigentes e usuários dos serviços.

O fortalecimento da sociedade civil ocorre a partir do momento em que suas demandas são processadas pelos conselhos e tornam-se políticas públicas que orientam as ações governamentais. O papel do conselho neste processo de descentralização de poder é de realizar a interlocução e a coordenação do controle social sobre as políticas públicas, a partir de um nova compreensão da relação entre Estado-Sociedade. Assim o que antes era

o controle do indivíduo pelo Estado para o bem da saúde de todos, atualmente configura-se como práticas de vigilância e controle do Estado pela sociedade, as quais se dão por meio do acompanhamento e verificação das ações da gestão pública na execução das políticas públicas, da avaliação dos objetivos, dos processos e dos resultados; do incentivo ao desempenho no campo social com a participação de diferentes atores, melhorando as proposições antes de passar aos canais tradicionais de decisão política como partidos e parlamento.

Enquanto instrumento de participação do cidadão, os conselhos são pensados como espaços de partilha dos diversos interesses dos segmentos da sociedade, bem como de participação na formulação e implementação de políticas públicas, de planejar e encaminhar o atendimento das demandas dos mais necessitados e de defesa de recursos orçamentários para a execução de programas e projetos. As maiores dificuldades enfrentadas por estes para execução de suas funções são a descentralização constitucional dos encargos sociais e centralização da distribuição dos recursos financeiros para os projetos sociais, que são fragmentários e muitas vezes dependem de convênios e de contrapartida do governo federal.

No que diz respeito especificamente ao funcionamento dos conselhos de saúde, mesmo depois de mais de uma década da publicação da lei que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS, ainda deixa a desejar em função do desconhecimento dos poderes e competências civis no exercício do controle social, já que:

“Na Paraíba, (...) embora 223 municípios do estado tenham conselhos de saúde instituídos, apenas 80 deles – isto é, 35% do total – responderam ao ofício do conselho estadual solicitando dados simples sobre a sua composição no cadastramento concluído em julho de 2001(...), o que indica que há um problema geral de consolidação institucional da estrutura de gestão participativa do SUS no estado” (JUSTINO, 2006:18).

Num outro levantamento citado pelo mesmo autor, 84% dos conselhos municipais não estão compostos segundo os critérios de paridade definidos na Resolução 333 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), indicando problemas de representatividade e legitimidade, considerados como os mais graves e recorrentes em relação aos conselhos gestores de políticas públicas. Em seguida, os problemas apontados como mais graves são a “falta de clareza do papel dos conselheiros” (36%), a “dificuldade de adquirir quorum

para as reuniões” (23%) e a “falta de estrutura para o funcionamento do conselho” (27%), indicando fraca tradição participativa da sociedade civil, desconhecimento geral dos poderes e competências dos cidadãos na gestão das políticas públicas, a dificuldade de mobilização da comunidade para discutir os seus problemas e o descompasso entre as determinações legais e a “vontade política” dos governantes. Constatou-se ainda uma predominância de deliberações acerca de liberação e em recursos.

Os conselhos de saúde são fundamentais ao exercício de controle social, tendo em vista que não podem se negar à fiscalização e acompanhamento das atividades do poder público, muito menos avaliar recursos e decisões em parâmetros previamente estabelecidos. Devem propor novas ações através de instrumentos legais para o real exercício do controle social, de forma que suas ações não se restrinjam ao conselho, mas amplie-se à sociedade, tornando transparentes ações governamentais e a responsabilidade de suas agendas. São órgãos de defesa do interesse público e de captação de recursos, os quais introduzem uma nova racionalidade que transforma o significado de público para além das regras formais, rompendo com a tradição patrimonialista e clientelista ao dar um novo tratamento às demandas e alocações de recursos por meio da interlocução e negociação entre os atores representados.

Ante ao cenário discutido sobre a implementação do SUS, estratégias de aprimoramento pelo PACS e pelo PSF e a concretização da diretriz organizativa da descentralização por meio dos CMS, questiona-se quais as particularidades na configuração das políticas de saúde em áreas de assentamento rural? Especificamente, em que medida a ampliação do espaço público à interlocução, participação e construção de sujeitos de direitos é possibilitada por meio da atuação dos ACS do PSF? Em busca de maiores subsídios para compreender estas questões, delimitamos como objeto de estudo a análise da dinâmica do Programa Saúde da Família por meio da ação do ACS, como estratégia para fortalecer e ampliar a participação dos sujeitos de direitos no espaço público, especificamente no assentamento Massangana III, em Cruz do Espírito Santo/PB.

O ACS ao ser privilegiado pelo PSF como “elo” entre a equipe de saúde e a comunidade, tem por função concretizar um dos objetivos do programa que é estimular a organização da comunidade para o exercício do controle social dos serviços prestados pela equipe de saúde. O CMS neste contexto funciona como uma das principais ferramentas para que o ACS efetive este controle pela ampliação do espaço público à interlocução e pela participação, como também se torna uma importante ferramenta para subsidiar a credibilidade e o reconhecimento necessários à atuação do ACS. Neste sentido

pergunta-se, como a inoperância do CMS pode limitar ou impedir a atuação do ACS a concretizar objetivos do Programa? E de que maneira tal inoperância pode ser reflexo das raízes clientelistas impregnadas no setor público?

Em Cruz do Espírito Santo particularmente, o CMS não estava funcionando regularmente. E embora tal funcionamento seja uma das prerrogativas para que haja o repasse regular de recursos que mantêm as equipes de saúde, este não foi comprometido no município. A este quadro soma-se o fato de que tantos os ACS do referido assentamento, como as profissionais de UBS deste município também responsáveis pelo Curso de Capacitação Técnica dos ACS não sabiam quem compunha o CMS, se e onde estava funcionando. Os agentes que trabalhavam no assentamento há alguns anos não sabiam nem ao menos o que era um CMS antes de passar pela referida capacitação. Os então representantes da Secretaria Municipal e da coordenação do programa não sabiam informar a respeito de quem chegou a ser representante do conselho, nem sobre o funcionamento ou quem poderia fazê-lo. Limitando-se apenas a ir direto a questão da eleição, informando que a Secretaria de Saúde averiguava quando poderia ser convocada uma eleição para este órgão de representação.

Sendo assim, investigamos como as nuances deste contexto no qual o CMS apresenta-se desorganizado, repercute na criação e ampliação de espaço de negociação entre Estado e assentados. Ou ainda, como a referida desorganização contribui para pulverizar e atomizar as ações dos ACS, emperrando deste modo o caminhar para uma nova racionalidade que transforma o significado de público para além das regras formais e que rompe com a tradição patrimonialista e clientelista ao dar um novo tratamento às demandas e alocações de recursos por meio da interlocução e negociação entre os atores representados. Por fim, intencionados investigar como a interação ACS/CMS/assentado atendidos pelo programa pode caminhar ou em direção ao fim do monopólio do processo democratizante e para a possibilidade de um maior controle das políticas sociais pela participação popular.

CAPÍTULO III

A RECONSTRUÇÃO DA REALIDADE SOCIAL DE MASSANGANA III

3.1. Massangana III: um microcosmo social

As políticas públicas brasileiras ao longo dos anos, inclusive as de saúde, passaram por mudanças em suas configurações, deixando de interferir nas emergências político-econômicas para objetivar a promoção da igualdade na distribuição de recursos. Teoricamente há na Constituição e nas Leis Orgânicas da Saúde (LOS) uma tendência mais universalista e igualitária na organização da proteção social aos cidadãos. Entretanto, efetivamente as ações seguem de forma restrita aos padrões aspirados, tendo em vista que estas políticas são produzidas e implementadas em proporções limitadas.

Seguindo então uma perspectiva de análise processual das políticas públicas nos questionamos nessa pesquisa como o PSF fortalece e amplia a participação dos sujeitos de direitos no espaço público por meio da atuação estratégica do ACS? Assim, para compreender os meandros deste processo, optamos por realizar uma pesquisa empírica no projeto de assentamento (PA) Massangana III, em Cruz do Espírito Santo/PB. A escolha desse *locus* para pesquisa, como já o dissemos, deve-se a trajetória do assentamento, a qual pode acompanhar a partir de 2001 quando atuava na área realizando atividades acadêmicas⁶¹.

Nesse estudo tomarei a caracterização e a origem do PA como microcosmo nos referenciando nas informações obtidas junto aos assentados no período anterior de imersão no campo e em dados apresentados por Lazzarretti (2003)⁶². Dados esses que

⁶¹ Refiro-me as atividades em extensão, estágio supervisionado e ao trabalho acadêmico orientado do departamento de Psicologia da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB). E em 2002 e 2004 a colaboração nos projetos “Verde Esperança I” e “Verde Esperança II” subsidiados pelo Governo Federal com enfoque na educação e prevenção em DST/HIV/AIDS.

⁶² Os dados referenciados neste estudo encontram-se no livro de Lazzarretti (2003) produzido a partir do material obtido em sua dissertação. O livro toma como objeto de estudo os processos de ação coletiva, em particular do associativismo e da organização dos trabalhadores rurais, no assentamento Massangana III. O problema investigado, por sua vez, foi se a proposta de ação coletiva para o assentamento de Massangana III era condizente com a trajetória sócio-histórica e cultural das famílias de trabalhadores rurais assentadas. O referido autor partiu da hipótese principal de que nos assentamentos predomina o comportamento individualista das famílias trabalhadoras rurais com relação à gestão, ao uso e à posse da terra. E em seguida apoiou-se na hipótese complementar de que a ação coletiva é uma construção social que nasce dos processos de aprendizagem coletiva, e não da imposição externa de normas, de modelos nem de regras preestabelecidas. Os procedimentos metodológicos utilizados na pesquisa de campo foram entrevistas semi-estruturada com dirigentes e membros das organizações do assentamento e com mediadores do INCRA e do MST. A matriz teórica para análise dos processos de construção da ação coletiva foram Ostrom (1992) e Sabourin (1999) e a partir disto então, concluiu que *“a proposta de ação coletiva do MST para Massangana III não é condizente com a trajetória sócio-histórica e cultural das famílias assentadas. Isso se explica por três motivos: primeiro, porque grande*

foram construídos principalmente a partir de informações obtidas junto aos assentados e lideranças do MST, uma vez que existem dificuldades em obter e atualizar informações sobre o assentamento com o INCRA.

Criado em 1996 através da liderança do MST, o assentamento Massangana III está localizado no km 57 da BR 230 no município de Cruz do Espírito Santo/PB. As terras de Massangana III faziam parte do imóvel rural denominado de Engenho Massangana constituído também pelas áreas denominadas de Massangana I e Massangana II, bem como seu *plantation*⁶³ de cana-de-açúcar. O processo de conquista da terra em Massangana III foi marcado por embates e lutas em momentos distintos como bem coloca Lazzaretti (2003:86-87):

“A ocupação das terras da Fazenda Massangana III iniciou por intermédio do trabalho feito pelo MST nos municípios de Cruz do Espírito Santo, Santa Rita, Sapé, Itambé e Pedras de Fogo. O movimento foi organizado, por meio de um trabalho de base, cerca de 60 famílias de trabalhadores desses municípios para ocupar a área dia 18/05/1995. Muitos dos trabalhadores eram cortadores de cana-de-açúcar na região, e outros eram desempregados e/ou faziam biscates nas cidades referidas e nunca tinham trabalhado no campo. O imóvel pertencia à Usina Santana S/A, a que foi declarada em falência pelo juiz de direito da Segunda Vara da Comarca de Santa Rita no ano de 1994. Além disso, segundo o documento do INCRA (1995), o “imóvel não vinha cumprindo satisfatoriamente os pressupostos básicos do Estatuto da Terra, tendo em vista que a empresa Santana, não convive harmonicamente, com os trabalhadores e suas respectivas famílias”. **Portanto, a área foi declarada improdutiva. O dono, sabendo da situação, após a primeira ocupação**⁶⁴, mandou semear mudas de cana-de-açúcar por 193 hectares, e estas foram espalhadas pela fazenda, dando a impressão de que área era produtiva. Isto, logicamente, fez com que o MST a ocupasse. Após a ocupação, houve imediatamente um despejo realizado pela polícia militar, que obrigou as famílias a retornarem aos municípios de origem. Depois de cinco dias, as famílias foram até a sede do INCRA/PB onde ficaram quatro dias acampadas em frente ao prédio, solicitando providências quanto ao assentamento. O INCRA deslocou as

parte das famílias nunca sequer tinha trabalhado na agricultura antes de serem assentadas; segundo, aqueles que trabalharam foram, anteriormente, cortadores de cana, assalariados e não produtores; e terceiro aqueles que trabalhavam nas lidas do campo nunca tiveram experiência do trabalho coletivo. Portanto, considera-se natural que no assentamento o “individualismo” seja um comportamento implícito entre trabalhadores, pois reforça a tese de anti-sujeição vivenciada por eles antes de serem assentados”(Lazzaretti, 2003: 144).

⁶³ O *plantation* é um sistema de cultivo agrícola baseado na monocultura de exportação típica de latifúndios que se utilizam da exploração da mão-de-obra assalariada. Sobre este vide Palmeira (1977).

⁶⁴ Grifo de Lazzaretti (2003).

famílias para um assentamento denominado Água Fria, no município de Mamanguape, e lá permaneceram por oito meses. Passado esse período, reocuparam a Fazenda Massangana em 04/02/1996, instalando-se no mato de eucaliptos á beira da BR-230 (nome dado pelos trabalhadores ao único espaço com mato no assentamento), ali eles resistiram à ação de despejo até receberem a emissão de posse 25/05/1996. Esta foi dada depois da inspeção do INCRA na área e da constatação de que a fazenda era improdutiva, tendo em vista que menos de um terço da terra era explorada. Isso aconteceu um ano e sete meses após a primeira ocupação”.

Massangana III possui 940 hectares de terra (ha), 15 destes, estão destinados à área coletiva, atualmente inativa, 816ha são subdivididos em lotes familiares de 5,7ha e 190ha são de área construída, onde, por sua vez, encontra-se a maioria das casas organizadas no sistema de agrovila, uma igreja, um galpão de armazenagem, uma escola de ensino fundamental, a antiga casa onde funcionava UBS, as recentes instalações da nova unidade de saúde, a sede da Associação de Produtores Rurais de Massangana III e uma caixa d'água de 12.000 litros que bombeia água para a agrovila. Apenas 15 famílias estão fora do sistema de agrovila, residindo próximo ao rio Salamargo numa área denominada de “sítio”, já que as famílias optaram por cultivar ao lado de suas casas.

O número de 131 famílias assentadas em Massangana III, perfazendo um total em torno de 500 pessoas, representa uma estimativa baseada no número de famílias assentadas em 1996 pelo INCRA. Atualmente existe um número superior de famílias dado que os filhos dos primeiros assentados constituíram também novas famílias. Residindo então com seus pais e aguardando a oportunidade de que um lote de terra neste ou em outro assentamento seja vendido ou então repassado. As famílias que constituem o assentamento são tanto os antigos posseiros da Fazenda Massangana, as que fizeram parte da ocupação das terras e as que compraram lotes repassados por alguns assentados.

Em relação à produção do assentamento, é voltada para a subsistência. E quando comercializada se caracteriza por ser uma atividade estratégia para obtenção de dinheiro em situações de emergência individual, sendo individual e esporádica nas feiras livres de Cruz do Espírito Santo e Santa Rita. A principal fonte de renda dos assentados reside no corte da cana-de-açúcar⁶⁵ de uma usina da região, do trabalho nas casas de

⁶⁵ O corte da cana-de-açúcar é realizado sazonalmente na zona rural e se utiliza de trabalhadores rurais assalariados como forma de complementar a renda familiar. Tais trabalhadores ficaram conhecidos, principalmente nas décadas de 60 e 70 na denominada revolução verde, como “bóias-frias”, os proletários da zona rural. Devido a falta de condições de vida e trabalho, os bóias-frias saíam em paus-de-araras da

farinha do assentamento, do arrendamento de terras, da venda de mão-de-obra para outros pequenos produtores na condição de diaristas, do trabalho de pedreiro, ou ainda do exercício de outras atividades nos municípios circunvizinhos e no próprio assentamento, a exemplo dos ACS.

A história do assentamento é marcada por conflitos internos e externos entre estes destacam-se: a disputa entre o MST e o INCRA na condução dos processos de organização dos assentados; a dissolução de uma cooperativa acusada de desvio de dinheiro fundada no início da construção de Massangana III; o rompimento dos assentados com o MST; a dissolução em 2002 de três unidades de produção – avicultura, piscicultura e corte e costura – implantadas pelo Ministério da Integração Nacional por meio do Programa Nacional de Geração de Emprego e Renda (PRONAGER) devido a falta de recursos; e por fim, vários embates entre os assentados por causa da presidência da associação que ora se coloca do lado, ora contra, o poder público municipal de Cruz do Espírito Santo, o que repercute no atendimento ou não das reivindicações dos assentados pela gestão municipal denominado por estes no período que acompanho o assentamento como “*partido dos usineiros*”.

Enfim, a compreensão do uso de expressões como “*partido dos usineiros*” ou conhecimento sobre a dinâmica interna das relações em Massangana III e desse com o poder público municipal, só é possível devido aos laços de proximidade que estabeleci com o assentamento de Massangana III. Sendo assim, tais laços mais do que um empecilho, mostrou-se como um facilitador para traduzir, por meio do método de pesquisa qualitativo de natureza etnográfica, a lógica do assentamento e daqueles que o constituem, bem como a relação deste microcosmo social com as políticas de saúde.

3.2. A etnografia como opção metodológica

A opção por um método constitui um percurso entre outros possíveis que assim sendo, conduzirá a investigação dos aspectos envolvidos por um modo planejado de

cidade portando suas marmitas frias para trabalhar durante o dia no campo e à noite retornar as suas cidades. A revolução verde foi um modelo de desenvolvimento agrícola adotado pelo agronegócio que se baseou na intensiva utilização de sementes melhoradas, insumos industriais, mecanização, diminuição do custo de manejo e uso extensivo de tecnologia no plantio, na irrigação e na colheita, assim como no gerenciamento de produção, objetivando aumentar a produtividade agrícola e o lucro da exportação. Os efeitos sociais e econômicos deste tipo de modelo são perversos e entre estes pode-se citar o aumento das despesas com o cultivo e o endividamento dos agricultores, o crescimento da dependência dos países, do mercado e da lucratividade das grandes empresas de insumos agrícolas e a expulsão dos agricultores do campo com a expansão das fronteiras agrícolas. Sobre isto vide Graziano da Silva (2007).

conhecer o objeto de estudo de maneira coerente e consciente. Inclusive o entendimento dos aspectos que são inerentes ao método de pesquisa sobre as concepções acerca do mundo e das relações entre sujeito e objeto de pesquisa.

Nesse estudo elegeu-se o método qualitativo de natureza etnográfica uma vez que o estudo qualitativo nos permite registrar as formas distintas de relação e de práticas sociais, bem como a dinâmica e a fluidez de uma série das relações, pois *“muitos universos não se prestam a computações e ponderações porque se organizam a partir de um conjunto de valores, normas, enfim representações sociais exprimíveis pela linguagem e apreendidas pela observação direta de quem por eles se interessa”* (NEVES, 1998). Além de permitir maior fidelidade a realidade empírica estudada, já que no processo de produção e implementação das políticas de saúde existem desdobramentos que limitam as ações em saúde.

A etnografia permitiu um maior conhecimento sobre o campo de pesquisa, como também atenuou a dificuldade em obter e atualizar dados, a partir de informações obtidas junto aos assentados. E mesmo que os laços de proximidade possam induzir os informantes a falarem aquilo que o pesquisador gostaria de saber, o uso de outras técnicas como a observação participante, o diário de campo, as entrevistas semi-estruturadas e as conversas informais, permitiram detectar possíveis contradições e aprofundar os temas que emergiram no processo.

Trata-se de um método que permitiu analisar a complexidade que envolvia a dinâmica social do assentamento Massangana III com foco para as possibilidades de ampliação e participação apresentadas pelo PSF desta área, a partir de uma imersão nas maneiras de ver, ser e estar no mundo dos sujeitos assentados. Esse método, enquanto descrição densa, procura salvar o *dito*⁶⁶ pelos informantes, no caso aqueles que estão envolvidos no e com o PSF, a exemplo do ACS, da coordenação do PSF e dos assentados, de forma a fixá-lo em formas pesquisáveis que permitam a reconstrução lógica da realidade microssocial na qual os informantes estão inseridos: Massangana III.

Dessa maneira, permite-se que entre tipos de estruturas superposta de inferências e implicações se realizem construções das construções dos envolvidos pelo programa, isto é, “uma leitura de”⁶⁷, na qual os dados são a elaboração do que se propõem os informantes ante uma multiplicidade de estruturas conceituais complexas, sobrepostas ou relacionadas umas às outras. Elaboraões essas que são simultaneamente

⁶⁶ Termo utilizado por Geertz (1989:29).

⁶⁷ Termo utilizado por Geertz (1989:21).

estranhas, irregulares e inexplicáveis para aqueles cujas curvas da experiência possuam inclinações diferentes das apresentadas pelos referidos sujeitos. Nesta perspectiva, a análise etnográfica consiste em escolher entre as estruturas de significação aquela que mais se aproxima da realidade do informante, determinando sua base social e importância (GEERTZ, 1989).

Assim, a apreensão das circunstancialidades que compuseram tanto o cenário de Massangana III – a capacitação dos ACS, a inauguração da UBS na área e as visitas domiciliares - como a caracterização dos informantes da pesquisa foram possibilitadas pela etnografia. O método permite traçar a especificidade complexa do fenômeno social investigado de forma relativamente próxima aos que estão fora da mencionada curva de experiência social do informante. Permite ainda que se chegue a conclusões densamente entrelaçadas e que se traga a normalidade do fenômeno particular sem reduzir sua particularidade ao inscrevê-lo dentro do quadro de suas próprias banalidades, dissolvendo as possíveis opacidades das estruturas locais de saber. A análise dos dados nesse método torna as coisas do ponto de vista dos informantes menos misteriosas, ao captar os conceitos de sua *experiência-próxima*⁶⁸ – conceitos usados naturalmente e sem esforço para definir aquilo que vêem, pensam, imaginam o informante – para estabelecer uma conexão esclarecedora com conceitos da *experiência-distante*⁶⁹, criados por teóricos para captar elementos mais gerais da vida social (GEERTZ, 2001).

A etnografia apresenta limitação quanto à amplitude de suas abstrações e ao modo como o trabalho etnográfico pode ser conduzido. Uma vez que, no que diz respeito ao primeiro aspecto suscitado, a etnografia se detém à lógica interna do fenômeno social; a generalidade que surge das delicadezas das distinções do fenômeno e não dá amplitude das abstrações. Assim sendo, “*o fato é que comprometer-se com um conjunto semiótico de cultura e uma abordagem interpretativa do seu estudo é comprometer-se com uma visão da afirmativa etnográfica como “essencialmente contestável”*” (GEERTZ, 1989:39), o que pode tornar a análise incompleta quanto mais profunda for.

No que diz respeito à condução do trabalho etnográfico, o processo estabelece uma conexão entre *experiência-próxima* e *experiência distante*, ou seja, relaciona-se com os papéis que os dois tipos de conceitos desempenham na análise antropológica. “*Ou, mais exatamente, como devem estes ser empregados, em cada caso, para produzir uma*

⁶⁸ Termo utilizado por Geertz (2001:87-88).

⁶⁹ Idem.

interpretação do modus vivendi⁷⁰ de um povo que não fique limitado pelos horizontes mentais daquele povo” (GEERTZ, 2001: 88).

O trabalho etnográfico não depende da existência de uma suposta proximidade pessoal ou de uma identificação transcultural entre o investigador e o informante para que assim se possa conhecer e perceber o mundo a partir de seu ponto de vista, posto que “*é possível relatar subjetividades alheias sem recorrer a pretensas capacidades extraordinárias para obliterar o próprio ego e para entender os sentimentos de outros seres humanos*” (GEERTZ, 2001:106). Foi então a partir da compreensão de que o método etnográfico melhor apreenderia a dinâmica social, considerando as especificidades de estar inserido e relacionado com o assentamento de Massangana III, que se utilizou um conjunto de técnicas para coleta e análise dos dados – como o diário de campo, a observação participante, as conversas informais e as entrevistas semi-estruturadas – que auxiliaram na sistematização das etapas da pesquisa.

3.2.1. O uso das ferramentas metodológicas na reconstrução do cenário

Sistematizamos o desenvolvimento deste estudo nas seguintes etapas: a) pesquisa bibliográfica e documental, b) pesquisa de campo e c) análise de dados e informações para elaboração dos resultados e discussões. Esse processo implicou na necessidade de articular um conjunto de técnicas, como a entrevista semi-estruturada, a observação, o diário de campo e as conversas informais, para coleta e análise dos dados, durante o período que precedeu e/ou transcorreu o trabalho de campo no assentamento de Massangana III realizado maio a setembro de 2006.

O conjunto de técnicas nos ajudou a traduzir as circunstancialidades na construção e caracterização da nossa rede⁷¹ de informantes composta por onze *agentes*

⁷⁰ Termo utilizado por Geertz (2001:88).

⁷¹ A utilização do termo rede neste estudo demonstra a abrangência espacial e da operacionalização do fluxo de informações obtidas junto aos assentados. A alusão à metáfora de rede deve-se a idéia de entrelaçamento de fios com aberturas regulares, formando uma espécie de tecido. Esta forma geométrica reticular permite demonstrar a abrangência espacial e da operacionalização dos fluxos existentes. A frequência do uso do termo rede na contemporaneidade deve-se a forma como a organização espacial vem sendo construída pelos indivíduos, grupos, instituições ou firmas. A organização social em rede representa um conjunto de nós interconectados multidimensionalmente no tempo, no espaço e nas relações sociais, integrando atenção crescente sobre as relações e a complexidade de interação destes nós. Além da abrangência do corpo territorial e da operacionalização dos fluxos neste espaço, a rede pode representar estratégias (políticas, sociais, econômicas e territoriais) assumidas pelos indivíduos, grupos, instituições ou firmas já mencionados. A difusão da lógica de redes modifica de forma substancial a operação e os resultados dos processos produtivos e de experiência, poder e cultura. Sua estrutura prima pela flexibilidade, pelo dinamismo, pela democracia, pela descentralização da tomada de decisão, pelo alto grau de autonomia de seus membros, pela horizontalidade das relações entre seus elementos. Enfim,

sociais, sendo dois desses ACS, um responsável pela coordenação e secretaria de saúde do município, duas enfermeiras do curso de formação dos ACS, seis assentados assistidos pelo programa, foram entrevistados.

A entrevista semi-estruturada foi orientada por um roteiro de perguntas, permitindo assim se obtivessem informações contidas na fala dos atores sociais sobre a realidade do PSF em Massangana III. Isto é, o procedimento possibilitou a apreensão dos dados objetivos e subjetivos da realidade evidenciada, assim como o desdobramento de questões que pudessem elucidar o traçar do perfil de tal realidade. A observação participante foi outro procedimento metodológico utilizado para reconstruir as circunstancialidades existentes em Massangana III. O uso da técnica fundamentou a análise de situações como a inauguração da UBS na área, o curso de formação dos ACS e as visitas domiciliares. A observação combinada à entrevista permitiu a complementação de informações, o que oportunizou o contato direto com o fenômeno observado em diversas situações e auxiliou na obtenção de informações sobre as peculiaridades da realidade dos atores sociais em seu próprio contexto histórico-social (MINAYO, 1994).

O observado era registrado num diário de campo, permitindo desta forma que as informações fossem cruzadas com as obtidas em entrevista, na observação e com os dados secundários obtidos na pesquisa documental. No caso particular da inauguração da UBS o observado foi sistematizado de forma escrita, como também videográfica e fotográfica. Os dados encontravam seu complemento e, algumas vezes, ganhavam clareza no diário, colocando-se como instrumento de reflexão. Assim:

por um intenso processo de desconcentração de poder. A rede, entretanto, não se constitui o sujeito da ação, mas expressa ou define a escala das ações sociais. As escalas não são dadas a priori porque são construídas nos processos e como esses processos são conflituosos estas são ao mesmo tempo objeto e arena de conflitos. A noção de rede traz ao debate um novo paradigma relacionado às formas particulares de organização social (grupos, instituições ou firmas), urbana, transacional (econômico-política), mas sobretudo, e principalmente, a técnica, como propõe Castells (DIAS e LIMA DA SILVEIRA, 2007). Entretanto, compreender a importância e a extensão dos processos de mudanças sociais exige que tais mudanças não sejam reduzidas a emergência das novas tecnologias da informação e da comunicação, que estão remodelando a base material da sociedade em ritmo acelerado. Uma vez que se os processos de mudança tecnológica são drásticos, também os são os de mudança econômicas e sociais. Segundo Castells o mundo apresenta uma dinâmica de fluxos globais de riqueza, poder e imagens, como também de ampla desestruturação das organizações, deslegitimação das instituições, enfraquecimento de importantes movimentos sociais e expressões culturais efêmeras (ABEAS, 2005).

“O movimento de compreensão da realidade através do Diário de Campo não se esgota na relação de complementação, triangulação e explicação dos dados. Avança em direção ao movimento dialético entre um olhar mais aprofundado e o olhar aberto do pesquisador sobre a realidade (...) Passa pela relação intersubjetiva e culmina na realização do processo interpretativo (ou análise) do pesquisador”. (WHITAKER, 2002:133-134)

O processo de triangulação de informações a partir do observado e registrado das conversas informais e das entrevistas, permitiu a complementação dos dados e subsidiou a reflexão que fundamenta a hipótese, qual seja, de que o ACS, apresentado enquanto “elo” de ligação entre o programa e os assentados, não tem possibilitado a ampliação dos espaços públicos como espaço de interlocução, participação e construção de sujeitos de direitos. Uma vez que a atuação dos ACS depara-se com estilos políticos arbitrários, a exemplo do clientelismo e do autoritarismo, que limitam as ações da saúde afastando-as dos aspectos da universalização e a democratização das políticas sociais de saúde. Isto é, a atuação efetiva dos ACS de Massangana III está sendo comprometida pelas disputas de interesses entre os diversos atores do processo e pela gestão pública, a qual tende a reproduzir o mandonismo e o clientelismo.

Norteados por esta hipótese, traçamos como objetivo compreender como o PSF fomenta o processo de mudança social para criação e ampliação de espaços públicos de interlocução e participação. Para tanto, buscamos 1) identificar as possibilidades e limitações presentes na atuação do ACS que relaciona o programa com os assentamentos; 2) compreender a dinâmica das relações e possíveis tensões na atuação do ACS; 3) historicizar a formação e a participação da comunidade no processo de implementação do PSF em Massangana III e, por fim, 4) compreender, a partir da dinâmica do PSF em Massangana III, a inserção dos assentamentos rurais nas políticas públicas de saúde.

3.2.2. A construção da rede de informantes

Há certa constância no acompanhamento da trajetória do assentamento de Massangana III devido a presença de pesquisas na área. A cada pausa dessas, a retomada do contato é feita por telefone com os assentados que se destacam pela trajetória de liderança dentro do assentamento, tanto aos olhos de quem se aproxima como são indicados pelos próprios assentados. O intuito deste contato preliminar é acordar sobre

possível visita a área; saber se há algum evento ou atividade em que o assentamento esteja envolvido e confirmar ou não a presença num evento desses. Com o tempo alguns núcleos dominantes tornaram-se ponto de apoio para descansar, comer e conversar informalmente sobre as coisas que estão acontecendo no assentamento e no Município.

Diante desta conjuntura, a rede de informantes da pesquisa começou a se construir já na minha primeira visita ao assentamento, na medida em que havia uma intensa movimentação e discussão em torno da inauguração da nova UBS na área e o curso de capacitação para ACS. Ao caminhar pelo assentamento para visitar uma pessoa ou outra, quase sempre encontrava quem buscava no terreiro da casa de outra família, a qual se colocava a disposição para uma conversa posterior, ou seu descontentamento em relação ao trabalho do PSF, a falta de remédios e de transporte. Essas eram as circunstâncias que se fizeram presentes no acompanhamento das visitas domiciliares, nas entrevistas e nas conversas informais seja com os ACS, seja com os assentados enquanto garimpávamos dados que nos ajudassem a entender o nosso problema de investigação. Assim os informantes-chaves de nossa pesquisa foram se apresentando e indicando outros que poderiam opinar sobre o trabalho do programa, como também, a partir dessas indicações, foram sendo erigidos os critérios para seleção dos informantes, mencionados anteriormente.

Tanto as entrevistas, como as conversas, quase sempre ocorriam nos terreiros das casas, frequentemente as pessoas destacavam algum episódio para ser acrescentado ao que estava sendo dito pelo entrevistado. A conversa cotidiana foi importante neste contexto, porque foi um recurso metodológico que considerou as relações estabelecidas no cotidiano como reveladoras do contexto imediato e dos discursos sociais hegemônicos, uma vez que tais discursos tanto são configurados por estruturas cristalizadas e compartilhadas como também apresentam uma processualidade em seu repertório que permite a construção de versões variadas de nosso eu (MENEGON, 2000).

Em função dos preparativos para a inauguração da UBS e do curso de capacitação dos ACS, a rotina do assentamento e dos ACS encontrava-se no momento da pesquisa alterada. As reuniões quinzenais da equipe de saúde foram suspensas, acontecendo somente quando por ocasião da necessidade de engajamento em alguma campanha nacional de saúde. As visitas domiciliares realizadas pelos agentes comunitários aumentaram em número, deixando de ser seis ou sete por dia e diminuíram em tempo, ocorrendo apenas pela manhã. À tarde esses mesmos agentes eram capacitados no município de Cruz do Espírito Santo/PB. No caso particular de um deles, essa rotina

era acrescida com as aulas noturnas no ensino médio, tendo em vista que o PSF vem exigindo progressiva escolarização para permanência no programa.

A inauguração da UBS e o curso de formação dos ACS constituíram-se como momentos ímpares na reconstrução da lógica da realidade de Massangana III tendo em vista que aconteciam em meio ao segundo pleito eleitoral para governo do estado evidenciando, portanto, como a política permeia as relações cotidianas, expressando-se através dessas e não exclusivamente por meio das instituições, órgãos de governo e outros espaços oficiais. Devendo ser apreendida como prática e elaboração simbólica simultâneas na construção cotidiana e continua das práticas sociais e dos rituais simbólicos, a exemplo das eleições (MAGALHÃES, 1998).

Outro momento que também evidenciava a existência da política nas práticas cotidianas aconteceu por ocasião da pesquisa documental de livros de atas da associação. Dificuldades foram interpostas até o momento em que de fato pude consultá-lo, como a discussão da autorização a consulta em uma das assembléias gerais sob a alegação de que havia *“muita politicagem dentro do assentamento”* e a tentativa de descartar a consulta ao livro já que não havia nada sobre o que estava procurando, mas tratava-se apenas de *“um livro de atas e outro de assinaturas que só falava de eleição da Associação”*.

A reconstrução do cenário de Massangana III com foco para atuação do ACS e da própria política de saúde foi sistematizado os seguintes eixos empírico-reflexivos:

I) as ações do programa, composto pelos sub-itens 3.3) Nas casas, pessoas se arrumavam. Nas ruas o palco se armava: a inauguração da UBS; e 3.4) A atenção à saúde: do acampamento sem-terra ao assentamento;

II) a institucionalização do PSF em Massangana III, pelos sub-itens 3.5) O dito e o interdito sobre a institucionalização do PSF; e 3.6) O CMS: espaço para o exercício da ação e discurso; III) a atuação dos ACS, pelos sub-itens 3.7) Na arena após a festa: promessas e expectativas; 3.8) A formação/capacitação dos ACS; 3.9) O campo político de Massangana III; 3.10) Distintas racionalidades

3.3. Nas casas, pessoas se arrumavam. Nas ruas o palco se armava: a inauguração da UBS

As visitas a Massangana III foram realizadas de maio a setembro de 2006. E nesse período de idas e voltas do assentamento, pude observar e registrar, fotográfica e videograficamente, a inauguração das novas instalações da UBS, que aconteceu no dia 10

de setembro. A unidade ampliava a atenção básica e funcionava até então em instalações improvisadas e pertencentes ao coletivo do assentamento desde 2000. Além de Massangana III, mais três comunidades circunvizinhas eram assistidas por tal unidade, as quais possuem cada uma seu próprio ACS: Corvoada, João Raimundo e Massangana II. A UBS funcionava quarenta horas semanais, com uma equipe básica de saúde composta da médica, da enfermeira, da auxiliar de enfermagem, dois ACS, da auxiliar de limpeza e da recepcionista. Estava previsto ainda para aquele ano, a adesão de mais dois membros a equipe, um dentista e um auxiliar de consultório dentário (ACD) quando da inauguração da nova unidade e aquisição de material para consultório dentário. Em relação ainda ao funcionamento, uma vez por semana a médica se desloca para uma unidade âncora no assentamento de Massangana II com o intuito de atender os assentados dessa área.

Massangana III é coberta apenas por dois agentes comunitários. Deste ponto em diante iremos nos referir a esses como ACS 1 e ACS 2. Este último bastante retraído, de certa forma tímido, enquanto que o ACS 1 é reconhecido inclusive pelo ACS 2 como melhor conhecedor das questões do assentamento. O ACS 1 mostrou-se bem mais engajado e presente nos preparativos da nova unidade. Inclusive me foi relatado que, em período eleitoral, que o mesmo era reconhecido pelos assentados como candidato do “partido dos usineiros”, ou seja, sendo alguém que está infiltrado no assentamento para atender aos interesses do poder público municipal.

No período das eleições para vereador o ACS1 obteve cerca de dezessete votos e na disputa pela presidência da associação ficou em último lugar entre as três chapas concorrentes. Tais circunstâncias demonstram o possível não reconhecimento desse agente como representante dos interesses do assentamento e sim do poder público municipal. A este respeito Barreira (1996) coloca que as lideranças formadas por programas governamentais, diferentemente das lideranças religiosas e partidárias, são reconhecidas como sendo menos antagônicas às esferas de poder e mais interessadas na promoção e divulgação a qualquer custo de melhorias sociais, já que:

“Construídas no decorrer da gestão desses programas, sua vinculação com o grupo de referência é percebida às vezes como não legítima, criando conflitos sobre a capacidade de representar, de modo autônomo, os interesses do grupo. São muitas vezes nomeados de “fabricados” opondo-se, assim, aos considerados “autênticos””(BARREIRA, 1998,p.168).

A colocação da autora supracitada sobre o não reconhecimento de lideranças escolhidas por programas governamentais encontra subsídios em Massangana III por ocasião do convite da pesquisadora para que o ACS 1 revisitasse o assentamento afim de compreender a percepção dele sobre a localidade. O mesmo afirmou que não sabia “*muito bem*” sobre as questões relacionadas as atividades produtivas do assentamento e nem sobre a área coletiva. Embora vivesse e necessitasse deste tipo de conhecimento para que pudesse atuar enquanto agente de saúde sintonizado aos condicionantes e determinantes existentes no processo saúde-doença da população assentada. Tal situação fez com que o convite fosse estendido para outro assentado que se prestou a acompanhar-nos durante as visitas.

No dia da inauguração, já no período da manhã a movimentação era intensa. A unidade estava sendo preparada com medicamentos, equipamentos etc. As pessoas entravam e saíam das casas preparando-se para a realização do evento. Nas ruas, contratados da prefeitura armavam o palco e preparavam o som. Enquanto isso era feito os últimos registros da antiga unidade de saúde pela pesquisadora, um ACS e um assentado. Localizada em uma casa mais distante que era uma das benfeitorias do assentamento, as antigas instalações se encontravam em estado precário e mesmo a mudança do material da unidade tendo sido realizada na semana anterior ao evento, tive que convencer um dos ACS 1 para disponibilizar a chave do local. Ele acompanhou os registros, mas se recusou a fazer comentários durante a filmagem da nova e da antiga unidade de saúde, afirmando que estava sujo e desarrumado.

Um dado interessante a ser destacado nesse episódio é a *luta simbólica* que a antiga e a nova UBS passam a ser objetos. A nova unidade é objeto de um trabalho de construção simbólica que objetiva dissimular a luta e a conquista da terra representada pela antiga unidade de propriedade do assentamento. Sendo assim, a nova UBS é um sinal de distinção que introduz uma marca de identificação do conjunto de *agentes sociais* e instituições dominantes. Ao mesmo tempo em que minimiza a importância, a força do símbolo anterior e do que ele representa, com objetivo de manter e fazer durar os princípios que servem de fundamento à dominação. De acordo então com Bourdieu (2006), podemos analisar a construção da unidade não como uma estratégia desinteressada, mas de uma estratégia que vislumbra a produção de sentido no *campo* para manter o *jogo* e a *crença* que serve de fundamento e legitima a ordem estabelecida. Uma vez que o espaço físico também manifesta as posições e oposições diferentes existentes no *espaço social*. O espaço físico não passa de suporte vazio das propriedades

dos *agentes* e instituições e no qual há uma distribuição socialmente qualificada entre os *agentes* dominantes. Uma vez que o lado dominante do *espaço* estabelece estratégias defensivas as quais visam conservar a posição que ocupam.

A cerimônia de inauguração da nova UBS finalmente foi realizada à noite em frente ao novo prédio construído. Havia muitos ônibus nas ruas da agrovila, algo comum nos assentamentos por ocasião dos comícios eleitorais, segundo uma das assentadas. A prefeitura disponibilizava ônibus para que os assentados de outras áreas pudessem participar. No pronunciamento, representantes municipais enfatizaram a importância de *“apoiar certos candidatos no próximo pleito para que benfeitorias como aquela pudessem ser realizada”*. Em seguida, ao lado dos representantes, também se pronunciou o ACS 1, enfatizando a importância de obras como aquela para o assentamento. Após a salva de palmas, a unidade ficou cheia de gente que tinha sido convidada a conhecer as instalações pelos representantes locais. Algum tempo depois mais pronunciamentos no palco e a banda de forró começa a festa.

Nesse outro episódio, o dado a ser analisado é mais uma operação simbólica no sentido de dissimular a verdade objetiva. Isto é, a inauguração da nova unidade dissimula a prática eleitoreira, reforça a idéia de que o ACS 1 é um representante dos interesses da gestão municipal e transfigura as relações de dominação em reconhecimento de uma dívida com o beneficiamento do assentamento, assim como com a idéia de que aquele era um espaço físico presenteado aos assentados que se apropriam do mesmo ao adentrarem para conhecer as novas instalações.

3.4. A atenção à saúde: do acampamento sem-terra ao assentamento

A nova UBS faz parte das mudanças existentes na atenção à saúde desde o período do acampamento até a fundação do PA Massangana III, no sentido de acesso aos serviços de saúde por parte dos assentados. E um melhoramento na atenção é identificado pelos usuários do PSF desta área:

“Houve...Houve umas mudançazinhas...isso ai num resta dúvida que houve. A mudança é... assim como eu acabei de falar antes a questão de vir o paciente perguntar, que isso não existia, que hoje já está existindo, a questão de um médico dentro do assentamento que não tinha e hoje...mesmo que não preste o trabalho como era para prestar é...mas hoje já existe através de uma organização da comunidade” (assentado E).

“Eu vejo o desenvolvimento muito pouco. Pouco desenvolvimento para o que era e para o que tá hoje. A respeito dessa história de PSF...é um nome muito bonito, eu sei que o governo federal ele cobre com muito dinheiro para que se atenda...esse nome...mas só que...quando chega esses dinheiros na prefeitura, os prefeitos fazem dele o que querem. E a sociedade se acaba na mingua e quando você vai...é uma sorte quando você vai no posto e encontra um comprimido para pressão, porque comprimido para pressão é uma coisa muito mínima. E o prefeito não deveria faltar, mas, às vezes aqui, tem vez que não chega um comprimido de pressão aqui criatura. Tem vez que não chega um comprimido. [...]eu já questionei com a doutora, questionei com a enfermeira...para que esses comprimidos...quem toma... que eles trouxessem de Cruz do Espírito Santo até o posto e marcassem...mas ai dizem “Não porque não pode porque esses remédios de...de...depressivo, [...], ele não pode ficar no posto não. Esse é um remédio perigoso.[...] Mas a pessoa sair...tomar um remédio depressivo...sair de Massangana III para Cruz do Espírito Santo no ônibus da escola de meio-dia para chegar de seis da noite para trazer um envelope de comprimido,não é brincadeira para quem já vive doente”(assentado A).

“Num está bom, né? Mas pelo o que era antes está melhor [...] Amenizou mais esse negócio de transporte. Deslocação para fora. Pouco né? Que ainda tem a deslocação mas é...meia...eu só vejo o povo reclamando por aí. Reclama da deslocação, desse negócio de exame, que é muita dificuldade para ir porque é longe. Tem gente que vai até de pés fazer exame. Melhorou um pouquinho. Não tanto, mas melhorou. Melhorou o que eu estava falando através de... as vezes o cabra vai lá no posto...não quer ir lá no posto chega na casa da pessoa com aquela informaçãozinha, pouca...mas vai aquela informaçãozinha quem mais ou menos que não tem... que não tem remédio, que não tem isso. Mas tão fazendo promessa aí [referendo-se a nova UBS]. (assentado D).

Entretanto, os serviços de atenção à saúde são avaliados pelos usuários como inadequados por se depararem com a falta de infra-estrutura básica, materiais, medicamentos, serviços ambulatoriais, tratamento dentário, bem como com a falta de informação para encaminhamento a outros serviços setoriais e intersetoriais (contra-referência). Então, embora o Plano Diretor Regionalizado (PDR) garanta a regionalização e hierarquização dos serviços de saúde junto aos usuários por meio dos serviços de contra-referência (BRASIL, 2006e), a não obtenção destes pelo sistema público e o uso de recursos particulares, impele para que alguns usuários fiquem insatisfeitos com o programa e desacreditem das mudanças no assentamento, a saber:

“Do mesmo jeito. Do mesmo jeito como estava no início [no que diz respeito as mudanças na atenção à saúde no [assentamento] Sim, ainda era melhor porque todo mundo era pobre. Era tudo amigo. Cada qual se esforçava não tinha um melhor do que o outro não é? Agora tem uns fracos passando que é bom... “Olha os pobre agora não puderam pagar...tem uns aqui que nem água paga”[...]. Porque as coisas melhor de faltar aqui no assentamento...remédio de pressão não existe. Uns que existe é do pequeno e uns toma e outros não toma né? Remédio para cansaço é o que mais dá aqui não existe e de tudo. Aqui só Deus e quando tem eleição tem carro para doente porque quando passar não existe mais. Eu tive um cunhado que ficou doente eu que perambulei com ele em João Pessoa hospital aceita, hospital não aceita porque quando eu fui falar com o agente ele disse: “Tem que procurar o médico”. Tendo médico no posto. Eu gastei 1200 de colocar gasolina, eu tenho as notas, das viagens. Depois ele chegou em casa sem a perna. Isso era coisa de uma agente de saúde que sabe falar, mas primeiro Deus depois a mim. Eu procurei o médico que operou e pedi a ele o auxílio de pensão para ele não morrer de fome. Ele bateu os papeis e disse: “Vá no sindicato, depois vá no INSS, que eu confio em Deus que tudo vai dar certo”. Eu dei umas viagens. Analfabeta. Tinha dia de dar agonia. Eu pelejei e com as graças de Deus ele foi beneficiado (assentada J).

A seqüência acima destaca que, se de um lado os usuários percebem poucas mudanças na saúde coletiva dentro do assentamento, por outro, os que compõem a equipe do programa avaliam o acesso ao atendimento médico como indicador fundamental de mudanças na atenção à saúde. Assim sendo, avalia-se que os elementos determinantes do processo saúde-doença e da promoção da QV elencados pela NOB/96 (BRASIL, 2006d), como as políticas macroeconômicas, emprego, habitação, educação, lazer, disponibilidade e qualidade dos alimentos, não estão sendo considerados. Nessa perspectiva, como o PSF estaria então promovendo a ampliação do espaço público enquanto espaço democrático, de autonomia e protagonismo dos sujeitos de direitos? E ainda, como o ACS se posiciona no processo de mobilização das famílias assentadas para promoção das mudanças nos serviços de saúde na área?

“Acredito que sim. De melhoria sim, como já falei...não tinha aquela equipe aqui. O pessoal tinha que se deslocar todo para a cidade. Então, acredito sim que houve sim...a questão de mortalidade infantil, que a gente vem diminuindo a cada ano. E isso trabalho da equipe como um todo, inclusive dos agentes

comunitários. [...]...eu acredito que nessa equipe aqui, a gente esta falando especificamente dessa equipe aqui, há uma interação muito grande. Também nunca vi problema maior aqui. A gente já está aqui a um tempão...a...quase seis anos...a médica não faz esse tempo todo, mas faz o bom tempo, a auxiliar de enfermagem entrou agora porque a outra foi embora para Natal, mas assim: é um trabalho essas pessoas de fato queiram ou não. E há um reconhecimento, uma boa relação. Nunca ouvi nada a mais não.O programa é a equipe. E o programa existe para a equipe valer. Acredito também que foi uma bem feitoria muito grande para os assentados ter esse programa, que hoje deixou de ser programa. Mas hoje é uma estratégia, né!?. A sigla continua, PSF, mas hoje é uma estratégia, que é a “porta de entrada” para o sistema (Representante da secretaria de saúde municipal e da coordenação do PSF).

“Agora está bem melhor...Assim em sentido porque tem médico. É um acesso mais fácil para o pessoal que não tem...todo mundo não tem condições. Às vezes não tem carro disponível para levar diariamente para Santa Rita. E ali não, com o PSF ali não. Ficou mais fácil né? Se tem qualquer coisa, se você tiver e for caso de resolver lá mesmo resolve” (ACS 2).

Nas falas acima, além da equipe restringir às mudanças na área da saúde a facilidade de atendimento médico, reforça um outro aspecto negativo em relação à saúde: não é o acesso a qualquer tipo de serviço e de qualquer forma que garante o fim da desigualdade do acesso aos serviços de saúde. O SUS e suas estratégias de consolidação como o PSF não objetivam implementar um sistema de saúde pobre para indivíduos pobres, que porventura não incapazes de suprir suas necessidade em saúde com recursos de seu trabalho. A presença da desigualdade no acesso aos serviços de saúde foi uma das características que marcaram o sistema de saúde anterior e o romper com tal desigualdade constituiu-se como uma das principais inovações do novo sistema de saúde (BARROS, 1997). Isto é, a implementação do novo sistema de saúde objetiva responsabilizar a sociedade pela produção/distribuição de serviços sociais a todos os cidadãos, protegendo-os segundo critérios mais universalistas e direcionando-se para uma tendência mais institucional-redistributiva que concebe a proteção social como elemento importante e constitutivo da sociedade contemporânea (DRAIBE,1989a)

Assim, ao partir do princípio de que o acesso à saúde é um direito de todos, provido pelo Estado e voltado para maior investimento onde houver maior carência de serviços, garantindo deste modo a equinanimidade e a justiça social, os programas

estratégicos do SUS não traçam apenas metas para mudanças na concepção de saúde. Na verdade devem operacionalizar e planejar mudanças, já que improvisação não é sinônimo nem de positividade, nem criatividade:

“[...] se a gente não der certas condições de trabalho, muita coisa que a gente tem, muita coisa que está lá no alto, a estratégia é belíssima, mas você cumprir ao “pé-da-letra” isso é difícil. Muito difícil. A estratégia se você for ler item por item, é uma coisa assim fantástica, agora também cabe muito da criatividade de cada um. Digamos dentista: está aí equipamento tal, tudinho, se quebrar uma caneta lá... porque especificamente material de dentista é tudo muito caro, é tudo muito minucioso. Eles têm que ter criatividade. Quebrou aquilo ali: “Não, a gente não vai para casa logo”. Quebrou a caneta quero ir para casa e voltar quando consertar. Tem que usar a criatividade porque eles estão aí para servir a comunidade, então, eu acho que é uma parceria muito grande: entre secretaria, entre gestor, entre a própria equipe e entre comunidade. Eu acho que isso é uma coisa bem...(Representante da secretaria de saúde municipal e do PSF)

A fala acima reforça um coletivo destacado anteriormente como sendo o da ESF, que avalia a existência de atendimento médico dentro do assentamento como um indicador fundamental de mudança na saúde. Avaliação essa que, além de ser negativa para o programa, coloca-se na contra-mão do que propõe o novo modelo de atenção à saúde: romper com o antigo paradigma medicamentoso que concebe saúde como ausência de doença e o médico como figura central, minimizando aspectos como a promoção e a prevenção da saúde, os quais consolidam o SUS através do reforço de práticas sanitárias e educativas.

As dificuldades de internalização deste novo paradigma de saúde repercutem no trabalho da equipe do seguinte modo: a) na dificuldade de planejar e implantar ações que se contrapõem ao antigo paradigma e se direcionam para o novo modelo das políticas estratégicas como o PACS e o PSF, diante das adversidades em atuar e da resistência dos usuários em aderir às mudanças; b) reforço ao modelo medicamentoso de maneira que a equipe aumenta a expectativa e a cobrança dos usuários para que a UBS corresponda as antigas policlínicas de bairro, com um número maior de especialistas para consulta, disponibilidade de remédios, equipamentos e com maior tempo de funcionamento. Ou seja, dificulta-se a consolidação da promoção e da prevenção e, conseqüentemente,

também se dificulta a diminuição da necessidade dos atendimentos de urgência. Inclusive em Massangana III a idéia de que a UBS é uma policlínica precária está impregnada nos assentados. Ao se referirem à unidade como “*posto*”, os usuários reclamam da escassez de remédios gratuitos, da falta de especialistas, de equipamentos, de ambulâncias e da unidade não estar aberta durante os fins-de-semana, à noite e na segunda-feira, já que as pessoas adoecem “*não só de dia*”.

As falas dos usuários fazem coro ao que já fora mencionado, no sentido de avaliar a existência do atendimento médico na área como sendo central. Situação a partir do qual podemos realizar as seguintes análises: se, por um lado, os usuários corroboram as dificuldades mencionadas em implantar o novo paradigma de saúde atento aos aspectos da promoção, da prevenção e de gradativa redução dos atendimentos de urgência. Por outro, ressaltam como a escassez de iniciativas que mobilizem os assentados para resolução de outros problemas que estão inter-ligados ao processo saúde-doença, como falta de emprego, habitação, saneamento entre outros, comprometem as ações do programa. Constata-se também que o programa não contribui para mudanças no contexto local. Os agentes comunitários não mobilizam os assentados para demandar a solução dos problemas de escassez, como prevêm suas atribuições funcionais e, por fim, há uma secundarização das ações mais simples, como a de informação e de educação para a saúde, as quais são centrais para a realização da promoção e da prevenção.

Embora, também haja por parte dos usuários a avaliação da centralidade do atendimento médico no assentamento, os mesmos também manifestam preocupação diante da ausência de ações que possibilitem a discussão e a mobilização da população beneficiada para resolução de problemas que envolvam os elementos que compõem o processo saúde-doença, conforme relato dos assentados quando perguntamos sobre a atuação da ESF no assentamento:

“Aqui está precisando. Precisando uma orientação melhor. Precisando fazer um trabalho mais aberto. Uma orientação mais aberta, mais dinâmica assim. Explicar como é que são mais as coisas, como é que se pode evitar mais essas coisas [DST] né? Porque eles só faz explicar: “Você tem que fazer isso, fazer isso” e pronto. Pronto. Ai chega um, chega outro. Acabou-se só aquela horinha. Ai então seria bom que reúne o estudo, fazia aquele grupo e pronto. Fazia aquela palestra, explicava como é que poderia evitar, como é que poderia se proteger, para evitar esse tipo de coisa”(assentado H).

“Sei não. Tenho não. Eu não tenho nenhum conhecimento não porque para dar uma orientação dentro do assentamento. Eles tem que receber...eles tem que fazer reunião com a equipe deles do programa da saúde, né?Acho que eles têm que fazerem com o coordenador, com a coordenadora, não sei, ele deve ter sua reunião para poder chega com alguns informes aqui dentro do assentamento. Mas eu não sei, eu não tenho conhecimento desse tipo de acompanhamento não.... “Hoje vai ter uma reunião com a médica, com a equipe”, que a gente participasse um pouquinho daquela reunião. É uma reunião isolada que ninguém sabe quando ocorre. Eu acho que deveria até...mesmo que não participasse todo mundo, pelo menos algumas pessoas...oito ou dez pessoas pudesse participar era bom porque a pessoa está ouvindo algumas informações passadas pelo próprio prefeito, como era que tinha que trabalhar com a saúde, pela coordenação do programa, mas isso daí a gente...” (assentado A)

As experiências de saúde coletiva do assentamento estão centradas no atendimento médico e nas dificuldades de infra-estrutura que passaram por um “*melhoramento*”, comparadas ao início da fundação do PA quando “[o] assentamento [era] muito isolado porque estava no início” (assentado A). Então, com a implantação do PA Massangana III, houve um rearranjo de interesses e mudanças na direção da mobilização coletiva. Neste contexto, consideramos oportuno questionar a possibilidade das mudanças decorrentes da conquista de direitos, especificamente no campo da saúde, na mobilização da população para mais lutas. Nesse sentido, procuramos perceber como os assentados e a equipe do programa avaliam a atuação do PSF, o papel do ACS e as experiências em torno da saúde coletiva do assentamento?

3.5. O dito e o interdito sobre a institucionalização do PSF

No período do acampamento, o curso da mobilização eram as questões relativas à sobrevivência do coletivo, portanto, a saúde estava associada à falta de doença e não como articulação de ações entre serviços e setores para a promoção de melhores condições de saúde individual e coletiva, nem como estruturação de intervenções para prevenir doenças e acidentes de grupo e muito menos como atenção curativa para prolongar a vida, diminuir a dor e reabilitar pessoas (MENDES, 1999). A mudança ou foco sobre as ações de saúde ou para a qualidade de vida e para uma nova prática sanitária acentuou-se a realidade muito posteriormente em Massangana III, bem como em outros lugares no Brasil. Antes disto então:

“Quando adoecia era na beira da pista, correndo na beira da pista...socorro no hospital do mesmo jeito [...]. eu já levei meu marido na carroça até a pista. Ele não andava. “Coloca na carroça. Sela o burro.Vamos para carroça”. Levar até na pista. Passa os carros dá com as mãos.[...]”.(assentada J).

Os assentados contavam com a sorte para ter assistência médica básica e de urgência. Sem transporte próprio ou coletivo, faziam uma caminhada de trinta minutos da agrovila para a BR-230 e nesta recorriam a caronas ou então a transportes alternativos que passavam na BR para daí percorrer mais cerca de trinta a cinqüenta minutos até o hospital de Santa Rita, ou então, para outros hospitais de João Pessoa, já que o município de Cruz do Espírito Santo ficava tão ou mais distante do que esses dois municípios e não contava com assistência médica de urgência. Situações como essas no início da fundação do assentamento fizeram com que os assentados se reunissem e se articulassem com a CUT, o MST e Frei Anastácio daí:

“[...]a gente conseguiu medicamento e trazia para o assentamento e...quando a gente chegava, a gente tirava uma equipe de dentro do assentamento para tomar conta, ficar responsável pela farmacinha, que chamava farmacinha. Eu mesma inclusive na época...eu aplicava injeção, fazia curativo, fazia tudo. Eu era ...podia dizer que era quase um médico dentro do assentamento. Fazia tudo isso para o pessoal”(assentado H).

“[...]Era bem mais difícil.O povo era mais sofredor. Eu tiro pelo exemplo da minha pessoa. Antes de...de...eu mesmo ser ACS, quando nós precisava de uma consulta ao dentista, uma extração, uma obturação ou de um tratamento dentário, nós tínhamos que nos deslocar até a cidade de Cruz do Espírito Santo, a gente ia a pé na época, a gente fazia uma reunião de amigos e sai daqui três horas da madrugada, três e meia e chegava até a cidade as cinco, cinco e meia e até às vezes não conseguia pegar uma ficha, às vezes estava faltando energia, dava a viagem perdida e estava de volta treze horas, catorze horas da tarde, então, esse exemplo já diz tudo (ACS 1).

A heterogeneidade, quanto à origem das famílias assentadas no Brasil é recorrente em todas as regiões (LEITE, HEREDIA e MEDEIROS, 2004). Esse dado, de certo modo, explica o fato de poucas ou nenhuma das crenças em práticas alternativas existisse ou tenha se consolidado entre as famílias no período da fundação de Massangana III a respeito do cuidado com a saúde, ou mesmo para evitar doenças. Os assentados de Massangana III são oriundos da antiga Fazenda Massangana III, filhos de produtores familiares, assalariados rurais, cortadores de cana-de-açúcar das usinas da região, trabalhadores dos municípios de Cruz do Espírito Santo, Santa Rita, Sapé, Itambé e Pedras de Fogo, desempregados e/ou biscateiros nas cidades referidas (LAZZARETTI, 2003). Ou seja, a maioria dos assentados mantinha relação com a cidade, onde há um maior acesso à medicação e as práticas convencionais ou terapêuticas. Apenas um assentado entre os informantes fez menção ao uso de plantas, ou métodos caseiros, para curar ou prevenir doenças. O uso de chás, naquele momento, não foi mencionado como prática comum entre os assentados, mas como falta de alternativa diante da impossibilidade de adquirir medicamento industrializado.

“Minha filha eu não sei nem como é que eu lhe digo porque se dizer: “Faltou o remédio”. Eles [os ACS] não se cata nem de ir procurar: “Olhe o posto médico hoje está assim aqui, não tem remédio, muita gente doente”. Deu uma dor de barriga aqui e foi esse pó aqui foi que curou o povo. Saiu curando o povo. Era só chá...o povo vindo aqui buscar essas vagens. Quando a gente está doente e não tem dinheiro faz qualquer coisa, toma qualquer chá até chá de pedra que o povo ensina para depois não dizer que não se fez nada, né? Fazer o que? Não tem remédio então faz qualquer coisa por aí. Se funcionar bem, se não funcionar paciência”(assentada J).

A fala corrobora a análise já explicitada, no sentido de que a atuação do programa somente é reconhecida quando existem equipamentos e é complementada por medicamentos, o que vai de encontro ao paradigma da promoção, prevenção e educação. Os ACS, por sua vez, não mencionam estas práticas alternativas com a intenção de compreendê-las e valorizar o saber local. Atuação essa que contribui para reforçar a dissimulação da verdade objetiva de quem detém o conhecimento para prescrever a terapêutica adequada, ou seja, qual grupo produz o saber e o fazer socialmente legítimos, embasados em valores arbitrariamente reconhecidos como superiores e universais.

Outro personagem que compôs a trama de experiências em torno da saúde coletiva de Massangana III foi o poder público municipal de Cruz do Espírito Santo.

Durante o processo de fundação do assentamento, quando os assentados eram ainda sem-terra e não tinha qualquer proteção das instâncias governamentais, o município teve pouca participação na promoção da QV⁷² nessa área. Na condição de trabalhadores rurais sem-terra, os assentados de Massangana III não eram incluídos em qualquer estratégia municipal de intervenção na área de saúde. Eles eram tidos como cidadãos “fantasmas” que dependiam da solidariedade alheia para ter condições de sobrevivência.

“[...]O MST cavou muito aqui para dentro. O MST. A gente tinha munição, tinha socorro, os desertados...que não tinha nem uma veste, até roupa eles pedia e trazia. De roupa, de uma mistura, de ajudar o povo a gente só teve força assim...e respeito quando a gente estava com o MST. Fale do MST quem quiser falar, mas espécie de governar os melhores foram eles”.(assentada J)

“[...] eles nem tinha essas cassas todas aqui, tinha um setor aqui que era como... como teve um tempo aqui que eram aquelas.. aquelas barracas, aquelas todas ali. Tinham pessoas de fora mesmo que viam fazer esse trabalho aqui [referindo-se a assistência articulada pelo MST]. Então, depois que realmente começou a ser um assentamento. Mas assim, digamos que com direito a posse de terra tudinho, que ficou um trabalho com maior qualidade né?!(Representante da secretaria de saúde municipal e da coordenação do PSF)

Somente quando o assentamento foi reconhecido pelo governo federal como sendo de fato um projeto de assentamento, foi que o município passou a complementar as ações de infra-estrutura com a implantação da escola de ensino fundamental na localidade, a instalação da rede elétrica e ações na área da saúde. Assim como, em outras experiências, de forma geral os municípios não se preocupam com a promoção da QV nos assentamentos, cabendo-lhe somente a complementação de ações em infra-estrutura mediante convênios com organismos federais e estaduais (SPAROVEK, 2003).

A promoção da QV pelo município de Cruz do Espírito Santo, assim como para uma série de outros municípios, é contemplada por meio das novas estratégias de atenção à saúde. Nessa perspectiva o PACS e o PSF são programas da década de 90 concebidos como estratégicos para a consolidação de um novo sistema de saúde nacional

⁷² De acordo com a Lei 8.080/90 (BRASIL, 2006b), qualidade de vida é a garantia de condições bem-estar físico, mental e social para o indivíduo e o coletivo, bem como de integração econômico-social de ambos.

pautado em um novo paradigma e prática sanitária no qual saúde é produto dos processos sociais e assim sendo deve-se orientar para promoção das condições de existência humana. O PACS, no entanto, não foi pensado enquanto um programa de caráter permanente, mas como estratégia de transição para o PSF (BRASIL, 2006a). No caso de Cruz do Espírito Santo:

“No PACS... ele foi implantado no município desde 91 e o PSF desde 94. O município começou aqui com quatro equipes [hoje são 06]. Já começou o PSF também aqui com Massangana III, agora já houve ampliação, depois da implantação do PACS [...]. Hoje a gente tem 36 agentes comunitários. Desde o início que eles trabalham aqui. Desde 91 que eles trabalham, não no PSF. A estratégia de saúde da família foi implantada depois, através do PACS. O PACS iniciou é... em 91. Inclusive em Massangana III. Não com esse número de agentes, mas tinha agentes comunitários. Ai foi ampliando, acho que eu trabalhei aqui em outra gestão e acredito que era só dezesseis agentes no início da implantação. Hoje a gente já tem 36, está com cem por cento de cobertura e a gente vai poder ampliar mais 02 agentes comunitários, futuramente. Cem por cento de cobertura em saúde da família e de agentes comunitários de saúde. No município como um todo. E assim quando a população aumenta a gente aumenta também o teto de agentes comunitários [...]. Tem que aumentar um número bem maior de famílias” (Representante da secretaria de saúde municipal e da coordenação do PSF).

“A equipe de saúde de Massangana III existe, no caso a... 06 anos...e passou a existir em junho de 2000. Eu comecei meu trabalho no PACS em 98, mas o PACS já existia. Se não me engano, o PACS é...é existe no município desde de 1991. Aqui também antes da existia do assentamento era um agente de saúde só, que o agente de saúde hoje não trabalha mais, eu não me lembro o ano, era um só para, por exemplo, Massangana III, Covoarda...mas era poucas casas, né? mas a partir do que foi loteado a Cidade Velha, que tornou-se assentamento, aí foi que entrou mais ACS. E no caso eu não sou o primeiro ACS de Massangana, eu sou o segundo. Em 97 era um outro agente de saúde, aí 98 sou eu” (ACS 1).

Programas como o PACS e o PSF inserem e ressaltam mais outros dois atores na dinâmica do assentamento: o ACS e a ESF. As alterações decorrentes da presença ou não destes atores encontram as relações que se estabelecem entre os assentados e o Estado, como também incidem sobre as políticas públicas implementadas no campo, ao

possibilitar a ação coletiva por meio da promoção de mudanças de interesses antes comuns e da mobilização coletiva para conquista de tais interesses.

“Eu aqui eu...sou faço força de dizer aqui porque lutei por isso aqui. Isso aqui que a gente está aqui que eu sei que não é nosso é do governo ainda hoje em dia. Eu considero que é do governo. Eu não paguei, não é? Mas nós estamos aqui porque fizemos força na vida para lutar. Aqui só está entrando barões: dono de carro, gente que pode...os pessoal indo embora porque não sei, porque muitos deles não tem coragem para trabalhar. Fica passando fome. Ai desistindo. Dá por dois mil reais. Dá por mil e quinhentos e...troca pela uma casa, um que tem uma casa na rua que nem agora que Cruz do Espírito Santo saiu uma. Acho que foi agora saiu uma no rumo de lá. Trocou aqui é assim. Eu não sei não minha filha já tem quase a metade novo. As pessoas mesmo que criou bicho nos pés...aqui mesmo nós contamos tem nove. Nove antigo que andou de Serrinha, que andou esse mundo todinho, que perambulou esses mudo todinho, tendo os maiores despejos. Policia no pé não faltava até chegar aqui tem nove. Morreram esse daí. Morreu esse outro daí. Morreu outro que tem aqui atrás. Morreu. Os troncos velhos morreu de mal-trato, de não agüentar mais. Enfrentou, enfrentou, enfrentou. Quando foi lutar para comer não deu mais. Afracou e morreu...De lutar na roça porque aqui só se coloca panela no fogo quem tem coragem. Minha filha a gente num torrão desse de areia. Socorro só temos de Jesus quando ele manda chuva. A gente aqui não tem ninguém. [...] Se desengana morrendo de fome. Não tem outra solução...Para a rua. Para o mundo...vão plantar para o mundo. Procurar as famílias. É tudo que pode. Olhe ai esse dai. Esse ai pode. Tem carro, moto e vigia lá na terra lá do sogro. Outro que chega: carro, moto, ai vai montar padaria, vai formar bolo. Outro que chega: supermercado. Outro que chega: supermercado. Outro que chega: supermercado. Isso é porque pode né? Minha filha olhe, quem é que acha uma coisa dessa para viver gratuito e não quer comprar. Quem não quer se aproveitar? Claro. Ai vem compra. Está bem situado, casa feita. Fruta formada. Não esta nem ai (assentada J).

Nessa fala destaca-se como a falta de recursos no assentamento acaba por desmerecer a conquista da terra e esvaecer a luta por melhorias, já que principal símbolo de luta carrega o sinal de muito sofrimento para quase nada, de que a recompensa não foi completa, mas cheia de percalços. A demora na chegada de recursos no assentamento reflete as deficiências no campo das políticas públicas, as quais acabam por enfraquecer a mobilização do coletivo e interferir na unicidade deste.

As já mencionadas carências materiais no atendimento básico e a secundarização de ações que enfocam a discussão e o encaminhamento dos problemas

que desencadeiam o processo saúde-doença são indícios que se somam na configuração de como transcorre a mobilização coletiva para mudança da saúde em Massangana III.

3.6. O CMS: espaço para o exercício do discurso e da ação

A mobilização popular é uma das atribuições funcionais do ACS, contemplada nas diretrizes organizacionais do SUS que trata da participação popular. Sua efetivação se desdobra pelo uso do CMS, enquanto ferramenta de controle social, que possui caráter deliberativo e expressa a vontade popular. Isto é, o CMS constitui-se enquanto espaço de deliberação conjunta de interesses e responsabilidades, enquanto espaço público. É por meio da interação e da interlocução de uma pluralidade de perspectivas e experiências no conselho que a realidade é construída de modo que o outro seja reconhecido como sujeito de direitos válidos, com valores pertinentes e de demandas legítimas. É ainda espaço de diálogo e de concessão que critérios são erigidos para balizar o pensar e o agir em torno dos dramas da existência para que assim sejam julgados não como sendo em função dos azares da vida, mas com base nas exigências de equidade e de justiça social (ARENDDT, 1995).

Assim para que os conselhos sejam espaços efetivos de discussão, de convergência de interesses, de responsabilidades, importante instrumento para subsidiar a credibilidade e o reconhecimento do ACS, se faz necessário que o conselho produza uma outra *crença* que valorize o saber e o fazer tradicionais do assentamento em detrimento da *doxa*⁷³. Isto é, da inculcação do saber e do fazer socialmente legítimos, os quais estão embasados em valores exógenos reconhecidos arbitrariamente como superiores e universais.

No entanto, o esvaziamento e a dissolução são aspectos que vêm se configurando na realidade tanto dos conselhos, quanto dos espaços públicos, de um modo geral. O esvaziamento mediante a não efetivação destes espaços enquanto espaços que potencializam a ação e o discurso num mundo comum e de responsabilidade de todos, mas da vivência de espaços sob o signo da impotência, portanto, a mercê do destino e da fatalidade. E a dissolução mediante a impossibilidade de criar e refundar em tais espaços uma tradição que balize o pensar dos acontecimentos, que dêem a estes uma significação diferente da volatilização, da fragmentação e da fronteira sem limites (TELLES, 1999).

No caso de Massangana III em particular, os aspectos que indicam o esvaziamento e a dissolução do conselho são ainda mais evidentes. Os assentados

⁷³

Termo utilizado por Bourdieu (2004b)

entrevistados não conheciam, não sabiam o que era, quando, onde e como funcionava o conselho municipal de saúde. Uma das assentadas entrevistadas, que fez menção sobre o conselho, acreditava que conselho e sindicato tinham a mesma função. Assim como, um dos ACS que também não conhecia o funcionamento do conselho e outro desconhecia sua ação:

“ O presidente do Sindicato teve um dia que me chamou para o Sindicato querendo que eu fosse lá falar, dissesse o que eu achava da saúde, que ia ter uma reunião do Conselho de saúde. Faz um ano. Disse minha opinião, mas não sei o que é Conselho de Saúde aqui não. Só deu brisa. Faz mais ou menos um ano que eu num sei de nada não. E o pessoal do Sindicato é que é do conselho. É quem tiver no Sindicato, for eleito né?”(assentada J).

“[...] para ser sincero... acho que Conselho de Saúde é fiscalizar. Fiscalizar como está o andamento dos ACS, dos PSF de uma forma geral. Olhe eles costumam passar até dois meses, três meses sem aparecerem. [...] Sei que há uma conjunção aí conselho e a vigilância sanitária. Eles vem dois ou três meses para pegar de surpresas as unidades, os estabelecimentos” (ACS 1).

“Não sei informar não. Eu sei que alguma coisa de bem para gente, mas até agora que num...tem conselho não [...]. Em termos de conselho aqui não tem não, a gente estamos até discutindo aqui, mas até agora ninguém sabe que tem não” (ACS 2).

A falta de informações por parte dos assentados, bem como dos próprios ACS, evidencia que o CMS de Cruz do Espírito Santo, responsável pela jurisdição de Massangana III, não fomenta o espaço público proporcionado pelo conselho como sendo de interação, interlocução e consenso. E as irregularidades no funcionamento do conselho – não ser tão ativo e se reunir apenas quando é necessário deliberar em caráter de urgência para aprovação de projetos a serem encaminhados para o Conselho de Saúde Estadual – ressaltam as evidências sobre o mau uso do espaço público. E muito provavelmente também foi por estas mesmas irregularidades que a coordenação do PSF e da secretaria de saúde municipal não prestou muitos esclarecimentos a respeito da rotina do conselho

municipal, centrando-se apenas no fato de que este estava passando por uma reestruturação com as eleições a serem marcadas em reunião extraordinária:

“O conselho se fala como em todo e qualquer lugar desse país é de estar verificando tudo o que acontece na saúde, nas equipes, está pedindo prestação de contas, enfim...uma série de todos os projetos para serem aprovados, passados por lá, tudo isso. São mensais as reuniões...inclusive a gente vai ter eleições agora.. Vai ser recente, a gente está mudando...Mudou os membros do conselho, atualmente são oito é...membros do conselho... suplentes...que vai de acordo com a resolução a gente mandou convites para igreja, para vir duas pessoas, mandou para....como aqui tem bastante associação, nesse município todo, sindicato...a gente mandou para o presidente de todas as associações e ele indicou duas pessoas. É a questão do...do... governo...esse o prefeito, o gestor maior, indica as pessoas. No caso dos trabalhadores do SUS, no caso a secretaria indica. Aí está rolando um conselho bem ativo, digamos como “manda o figurino” mesmo para dizer: “Ah! Fulano que é primo do prefeito, fulano...”, não. Tem tudo organizado através de ofício e como tem muitas associações, Massangana I, II e III...o próprio conselho estadual de saúde orienta: não precisa ser um número grande...essa semana eu pedi até orientação ao Conselho Estadual, e achou que era oito também. Aí a gente fez tudo, as representações desse tipo, né!? Da igreja a gente colocou, como a igreja trabalha com Pastoral da criança, Pastoral do jovem, Pastoral de não sei de quanto. Foi contemplado a questão da Igreja. E não tem a menor condição de ter um representante de cada associação, por exemplo, ter um representante de Massangana III. A gente mandou para...esqueci agora o nome... para uma associação de todas as associações e para o Fórum de pais existentes [...] A gente está querendo fazer uma extraordinária para ver se a gente faz a eleição. A...de acordo com essa extraordinária, quando a gente marcar a extraordinária a gente vai...e não tem data ainda marcada” (representante da coordenação do PSF e da secretaria municipal de saúde).

A precariedade do funcionamento do CMS corrobora a idéia de obviedade e inoperância relativa ao seu funcionamento, como foi relatado pelas enfermeiras capacitadoras do curso de formação técnica de ACS, reforçando o sentido de esvaziamento e dissolução enquanto espaço público. Quando perguntadas a respeito da interação das equipes com os conselhos, as enfermeiras capacitadoras assinalaram que a simples presença da coordenadora do PSF na presidência do conselho como garantidora de interação entre as seis ESF do município com o CMS, o que também evidencia a

naturalização de traços de *autoritarismo social*⁷⁴, ou seja, de exclusão e reprodução da desigualdade social, em tais espaços :

“O Conselho de Saúde atual né? Nós...é convocado para...quando nós precisamos assim...vai...ser implantado duas equipes de saúde bucal. Esse conselho é convocado...tem também as reuniões mensais, geralmente, mas ele é convocado. Existe uma relação [entre ESF e conselho] porque a presidente do Conselho é a Secretária. E a gente tem a oportunidade de estar no dia-a-dia com a secretária, então, tudo ela repassa para os profissionais da saúde” (Enfermeira capacitadora A do curso de formação técnica dos ACS)

“A presidente do conselho que é a secretária de saúde, aí convoca esse conselho que tem assim várias entidades representando a população é...convocado para decidir se há a necessidade realmente dessa implantação, dessas equipes saúde bucal ou de alguma outra...de alguma outra... serviço que a saúde precise...mas não foi agendada ainda outra agora não ocorreu porque o conselho de saúde foi é...está sendo reestruturado. [...] está mudando alguns membros do conselho. Se tem alguém já da saúde que é conselheira, faz parte do conselho, representando assim o SUS, isso já facilita. Ela é presidente...é uma pessoa da saúde que representa os funcionários da saúde”(Enfermeira capacitadora B do curso de formação técnica dos ACS).

Como base nas informações podemos inferir que a falta de informações sobre o CMS compromete sua função de deliberação. Isto é, assim como tantos outros conselhos de saúde no Brasil, o de Cruz do Espírito Santo não consegue funcionar em caráter permanente, com infra-estrutura e suporte administrativo adequados, com definição de planos de trabalho, cronograma de reuniões, produção de diagnóstico, identificação de problemas, acompanhamento de ações governamentais através de relatórios, entrevistas e visitas de campo com os dirigentes e usuários dos serviços entre outras atividades (JUSTINO, 2006). Ao não funcionar adequadamente o CMS não cumpre seu papel de descentralizar o poder de modo a fomentar a interlocução e a coordenação do controle social sobre as políticas, o que ocasiona a perda da oportunidade, tanto por parte dos assentados como dos munícipes como um todo, de participarem nos processos de decisões, negociando o atendimento de reivindicações no ambiente institucional das políticas públicas e o exercício da cidadania.

74

Termo utilizado por Dagnino, 1994.

Os conflitos internos ao assentamento torna o ACS um alvo fácil de represálias e presões, caso não concorde em compactuar com clientelismo e o autoritarismo dos poderes públicos locais, como também pulveriza e atomiza suas ações, além de influenciar para que o CMS continue agindo de forma deficiente. Desse modo, tanto a atuação do ACS como a interação deste com o CMS e os assentados, abre espaço para outras formas de arbitrariedade, de comportamentos políticos autoritários.

3.7. Na arena após a festa: promessas e expectativas

Acompanhar os ACS nas visitas domiciliares foi importante para apreender um pouco da rotina do trabalho do ACS, como também de poder confrontar os problemas que ocorrem no atendimento à saúde, as expectativas da comunidade relacionadas a inauguração da nova unidade, para obtenção de informações sobre os desdobramentos dos princípios do PSF, de suas ações e da atuação do ACS inserido no programa.

Em relação à rotina, em média são visitadas seis a sete casas por dia, pelo menos uma vez no mês. Os dois agentes comunitários que dão cobertura ao assentamento sistematizavam as visitas domiciliares da seguinte forma: dividiam a agrovila em quatro partes, sendo as duas primeiras ruas mais centrais responsabilidade do ACS 1 que tem sua residência mais próxima desta localidade e a última rua da agrovila em conjunto com as casas que os assentados chamam de "sítio", próximo ao rio Salamargo, responsabilidade do ACS 2 cuja residência também fica próximo. O mapa esboçado abaixo permite a visualização das visitas realizada pelos agentes comunitários:



A rotina do agente começa nas primeiras horas da manhã, saem de porta em porta, com prancheta na mão, chamando pelo nome da pessoa que está sendo atendida pelo programa, ou então um responsável por essa e perguntando como estão as coisas em casa; quando foi e quanto foi a última vez que aferiu a pressão; fazendo recomendações sobre como deve ser a dieta alimentar de quem tem problema de pressão e diabetes; se houve algum caso de diarreia; conferindo o cartão de vacinação das crianças e informando quando deve ir tomar a próxima dose na unidade; como estão as gestantes e as puerperais; orientando sobre a importância da amamentação, sobre o devido armazenamento da água e a queima do lixo. No terreiro das casas, ou nos quintais, as pessoas iam respondendo as perguntas e até comentando alguma notícia sobre o município e compartilhavam problemas que passavam com seus filhos e cônjuges.

Nas visitas após a inauguração da unidade, queixas sobre dor de dente, seguida da pergunta se iria ter um dentista e quando começaria atender na unidade e especulação sobre a possibilidade do "posto" funcionar 24 horas. Sobre o atendimento odontológico,

o ACS 1 respondeu que era aguardada vistoria do equipamento pela Secretaria de Saúde do Estado.

Durante as visitas um desencontro de informações acabou colocando ainda em má situação o ACS ante a comunidade. Era sobre o funcionamento da unidade. Os assentados diziam que tinham ouvido representantes do poder público mencionar que a UBS funcionaria 24 horas. O ACS 1, por sua vez, desmentia a informação dizendo que o horário e os dias de atendimento iriam continuar seguindo o cronograma existente: o dia das gestantes, das crianças, dos hipertensos etc. Inclusive uma das assentadas, bastante descontente com os serviços do programa e que teve oportunidade de entrevistar antes da visita, fez o seguinte comentário: *“Pois peça a médica para fazer uma lavagem no seu ouvido porque... para que prometer e não cumprir?”*. O agente reafirmou não saber de nada e que não havia nenhum caso desse no Brasil. Ao sairmos desta casa o agente falou que tinha gente que era assim: muito ignorante; que não se satisfazia com nada; que era muito problemática no assentamento. O episódio de descontentamento da assentada, ao ser relatado pelo agente a enfermeira na unidade, fez com que esta afirmasse *“que tinha algumas poucas pessoas que eram assim mesmo no assentamento, não gostavam de nada e reclamavam de tudo. O problema é que ela quer um determinado tipo de remédio para pressão para gestante que não é o indicado para o caso dela, mas ela quer tomar o remédio que ela quiser e não pode”*.

Tal circunstância coloca em descrédito o programa, já que são realizadas promessas às quais não são cumpridas posteriormente e também desacredita os ACS perante a comunidade, por não conseguirem representar os interesses do assentamento, mas os da gestão pública. E mesmo ante a manifestação declarada de insatisfação da assentada, ao invés de tomá-la como base para investigação dos motivos da insatisfação, tratou-se de desacreditá-la, como sendo uma pessoa *“problemática”*. Então, o agente não ocupou uma posição capaz de auxiliar e facilitar o encaminhamento de demandas, como a que foi exposta pela assentada, na verdade se posicionou como regulador da pressão interna do assentamento, esvaziando o conteúdo pertinente a execução de serviços pela esfera pública, como também deslocando o problema para o âmbito privado da assentada, ou seja, de sua excessiva insatisfação.

A expectativa de que a nova unidade viesse a funcionar como uma policlínica era tanta, que nas visitas domiciliares realizadas junto aos agentes e durante as entrevistas falava-se das esperanças de melhoria com o novo *“posto”*, do funcionamento 24 horas, da existência de remédios etc. Houve quem chamasse a nova unidade de hospital. Quando na

verdade a idéia em manter a unidade aberta não era para que ela prestasse atendimento de emergência 24 horas, mas para evitar que na ausência da médica a unidade se mantivesse fechada por não ter quem prescrevesse e se responsabilizasse pelos procedimentos.

Acompanhei as visitas feitas pelos agentes em 12 casas. Os agentes vão de casa em casa, enquanto nas ruas do assentamento encontram pessoas que perguntam sobre vacinação, se a médica está na unidade... E ao final de cada visita recolhem a assinatura do visitado, se dirigido em seguida para a unidade de saúde com o intuito de relatar alguma novidade. As atividades dos agentes se limitaram a controlar os indicadores de saúde utilizados pelo programa, como saúde do diabético, do hipertenso, da mulher e da criança. Não houve nenhuma discussão sobre encaminhamento de demandas, nem estímulo da comunidade para participação em espaços e fóruns de discussão e decisão, como prevê as atribuições funcionais dos ACS. No cerne da discussão sobre as esferas pública e privada, está o fato de alguns problemas serem tratados como não sendo de relevância pública, mas de irrelevância privada (ARENDETT, 1995).

Em parte o ACS também não percebe que a ampliação do espaço público e a participação melhoram e fortalecem sua própria atuação. Acaba por agir como se estivesse deslocado da condição de assentado por meio de uma atuação impessoal, voltada a atender as exigências técnico-burocráticas. Embora o tratamento pessoal seja estratégico no programa e uma de suas atribuições funcionais.

3.8. A formação/capacitação dos ACS

A Capacitação para ACS no município de Cruz do Espírito Santo promovida pelo CEFOR iniciou-se ao final de agosto de 2006, com termino previsto para dezembro do mesmo ano, cumprindo uma carga horária de quatrocentas horas. A partir de então, 33 ACS passaram a se reunir diariamente no município para participarem do curso de formação ministrado por duas enfermeiras de unidades de saúde municipais, as quais também foram selecionadas e capacitadas pelo referido centro.

Esta formação surge com o objetivo de cumprir uma solicitação nacional de fortalecer o status de profissão do ACS homologada pela Lei nº 10.507/02 e melhorar a qualidade da assistência prestada a população a partir da apreensão, de novos conhecimentos por parte do ACS (PARAÍBA, 2006). Além, claro, de por em prática uma proposta que é do PSF: fomentar a educação continuada dos integrantes da saúde (SILVA e DALMASO, 2002).

A obtenção de informações junto aos profissionais de saúde ligados a capacitação e aos órgãos gestores do município mostrou-se bem mais difícil do que com os assentados. O contato com estes era precedido por uma série de perguntas realizadas repetidas vezes na tentativa de encontrar contradições no que a pesquisadora falava mesmo quando tentava ser o mais clara possível nas respostas⁷⁵; colocavam diversas dificuldades para descartar a possibilidade de serem entrevistados, como indisponibilidade de tempo para conversar, desconfiança e/ou apreensão quanto o conhecimento da secretaria de saúde sobre a pesquisa. E mesmo tentando agendar a entrevista para outro momento no qual tivessem mais tempo a negativa era precedida da alegação de que os agentes de saúde seriam os mais indicados para fornecerem informações sobre as atividades junto aos assentados, já que estes foram eleitos pelo programa como o “elo”. Embora isto não signifique que os demais profissionais estejam isentos das responsabilidades na efetivação das ações.

No período em que realizei a pesquisa de campo e acompanhei um pouco da trajetória de Massangana III, constatei que os representantes dos órgãos públicos percebem os estranhos que tentam se aproximar do município com desconfiança. Desconfiança que se apresentou inclusive por ocasião de uma das observações da atividade de dispersão prevista no módulo, quando um dos agentes que atua em Massangana III perguntou a um dos representantes do poder público local se estava “*autorizada*” a acompanhar a atividade programada.

A atividade de dispersão consistia em uma visita a secretaria de saúde para realização de uma entrevista com roteiro preparado em dia anterior. Os ACS se organizaram em subgrupos e se encaminharam para o referido local com um roteiro de três perguntas: como e quando iria haver coleta de exames na área rural; quem compunha o conselho de saúde da cidade e se estava sendo “*assinada a carteira de trabalho*” no município⁷⁶. As respectivas respostas foram: que se providenciava a coleta de exames na área rural para o mais breve possível; averiguava-se a lista dos possíveis nomes que iriam compor o CMS, entre estes estariam representantes da igreja, do conselho de desenvolvimento do município, de associações, prestadores de serviço da unidade de saúde da cidade de Cruz do Espírito Santo e o gestor de saúde local; e por fim, que a

⁷⁵ Será como pesquisadora o modo como irei referir a mim ao longo deste estudo.

⁷⁶ A expressão “*assinar a carteira*” refere-se à contratação dos ACS pelo regime de Consolidação das Leis Trabalho (CLT), a qual não estava ocorrendo no município por falta de recursos. De acordo com o módulo de formação, o reconhecimento da profissão de ACS foi homologado pela Lei Federal nº 10.507/02 (BRASIL, 2006f: 04).

gestão municipal não estava realizando contratações por falta de recursos financeiros. As entrevistas duraram cerca de 40 minutos e após seu término os agentes estavam autorizados a irem para casa.

Percebe-se que em diferentes situações as respostas obtidas fazem parte da negociação existente no jogo estabelecido entre os indivíduos em interação. De acordo com Elster (1994) a interdependência das escolhas na interação constitui o jogo, que em conjunto com ação individual configura os fenômenos sociais. A negociação, por sua vez, é um dos mecanismos que determina uma seqüência de propostas e contrapropostas para atingir um determinado fim. Partindo então de uma concepção ampliada do individualismo metodológico, o referido autor busca elucidar os mecanismos de pequeno e médio alcance, como a escolha racional, as normas sociais e a negociação, na ação e interação humana. O objetivo da teoria é mostrar a cadeia causal que faz da mediação um padrão causal que é colocado em ação sob certas condições e por meio da ação instrumental que elege racionalmente os melhores meios para fins dados.

No jogo, então, dois ou mais indivíduos estabelecem estratégias que geram um conjunto de recompensas, as quais dependem das escolhas de outros indivíduos. Assim, cada um escolhe na base da antecipação do que o outro vai escolher, o que faz, conseqüentemente, com que a escolha de um interfira na do outro. No contexto da negociação, longe de ser transparente, as partes têm conhecimento incompleto uma sobre a outro, podendo ser três os resultados possíveis: 1) ninguém chega a nenhum acordo; 2) o poder de barganha das partes depende em parte do melhor resultado que estas possam alcançar; e 3) como há muitos arranjos mutuamente benéficos, com diferentes ganhadores e perdedores, todos irão assumir estratégias para não serem perdedores.

No caso específico das respostas da entrevista, estas se assemelham ao segundo contexto de negociação, no qual o poder de barganha das partes depende em parte do melhor resultado que estas possam alcançar. A gestão pública municipal de Cruz do Espírito Santo tanto apresenta uma conjuntura na qual um estilo político arbitrário oportuniza um maior poder de barganha, quanto escolhe resultados que possam colocá-lo em posições de melhor resultado, retroalimentando as condições favoráveis de barganha para si e colocando os demais atores da arena social, no caso os ACS e os assentados que em parte representam, em desvantagem na negociação. Principalmente no que dizem respeito à estabilidade empregatícia dos ACS e ao CMS em fase de reestruturação desconhecida por uma das partes, na medida em que os ACS poderiam utilizar-se destes instrumentos para obter uma melhor posição na negociação entre as partes. Tais respostas

mostram-se em direção a uma tendência mais próxima ao esvaziamento dos papéis do ACS e do CMS, ator e instrumento do PSF, do que outra tendência que embasa o programa e que constitui a questão problema deste estudo, qual seja, se o PSF permite a criação e/ou ampliação de espaços públicos como espaços de diálogo e construção de sujeitos.

O modo como Bourdieu (2004a) trata a questão do jogo no *espaço social* também corrobora a análise de que o poder público municipal se coloca em posição estratégica melhor do que os demais *agentes sociais*. Segundo Bourdieu (2004a), como o *espaço social* é um lugar de disputa de interesses, de bens e de práticas, o jogo ocorre na medida em que os *agentes* lutam pela conservação da forma legítima de poder, pela imposição dos critérios de *di-visão*⁷⁷ do mundo, bem como pela imposição de uma crença (*doxa*) como ponto de vista natural e universal. Nesta perspectiva, o jogo configura-se como ações estratégicas orientadas por regras regulares para alcance de objetivo comum de um grupo de pessoas. As ações no jogo são guiadas pela lógica do funcionamento da realidade social obedecendo às especificidades do lugar e da posição que o *agente* ocupa no *espaço*. Lógica esta que é incorporada às estruturas mentais e que configuram o “*sentido de jogo*”⁷⁸ enquanto maneiras de pensar e de fazer em determinadas situações e gerador de um sentido prático, de um “*senso prático*”⁷⁹, do que fazer e quais “*lances*”⁸⁰ são possíveis em um determinado contexto de valores, significações e dentro de uma infinidade de imprevisto. Partindo do mesmo objetivo que Elster (1994), aprofundar o conhecimento sobre os mecanismos existentes nos processos sociais, Bourdieu (2004) analisa a dominação, desvencilhando os impensáveis no caminho da construção do conhecimento e as pré-construções cotidianas enquanto disposições incorporadas como natural e que condiz com os padrões culturais do *agente*.

Inclusive a mencionada desconfiança por parte dos profissionais de saúde faz parte do jogo no qual estão inseridos, já que prestar qualquer informação sobre o estilo político arbitrário do referido município, provavelmente será avaliado por este último como sendo um inimigo da ordem estabelecida e a ser combatido, restando a tais profissionais se colocarem numa posição defensiva com receio de represálias. Opção estratégica esta que é compreensível tendo em vista que, no período em que realizava atividades acadêmicas pelo Departamento de Psicologia, acompanhei as histórias de

⁷⁷ Termo utilizado por Bourdieu (2004a)

⁷⁸ Termo utilizado por Bourdieu (2004a).

⁷⁹ Idem.

⁸⁰ Idem.

conflitos internos e externos do assentamento e deste com o referido município, assim como várias histórias de desavenças, entre outros sítios e assentamentos da localidade. Além do fato de que naquele ano de 2006, Cruz do Espírito Santo esteve envolvido em dois escândalos: o de licitações para saúde por meio de empresas fantasmas e o de acidente com o transporte escolar por falta de manutenção adequada. Escândalos que me foram relatados tanto pelos assentados como pela imprensa local. O próprio prefeito, por ocasião da inauguração da nova UBS, sondou junto à pesquisadora se por acaso seria *“alguém que tinha vindo para espionar”*, ou como uma assentada disse na referida ocasião, que podia ser confundida como sendo *“do partido da oposição”*, podendo *“desagradar o prefeito”*.

Além de enfermeiras capacitadas, o CEFOR elaborou e disponibilizou o material de apoio com 238 páginas para a capacitação. O manual encontra-se subdividido em três unidades temáticas. Na primeira, orienta como realizar o reconhecimento dos processos de organização dos serviços de saúde existente no município e discute sobre a municipalização do serviço. Na segunda, traz elementos para construção do conhecimento sobre o processo de trabalho em saúde e de como o PSF articula-se enquanto eixo estruturante do atual modelo de saúde. E na terceira, orienta a identificar a capacidade de ação das estruturas de vigilância em saúde de forma a possibilitar a compreensão da capacidade de sistema de informação para a implementação de políticas públicas locais.

O material sistematiza informações, as quais poderão ser incorporadas e instrumentalizadas na ação do ACS. A capacitação técnica traz informações que subsidiam a capacitação política, as quais poderão:

“[...]valorizar o trabalho do agente comunitário de saúde porque ele faz parte da equipe claro. Mas agora eles vão ser técnicos, né? Então vai integrar, interagir melhor com a equipe, vão conhecer melhor o PSF, o que é SUS, para poder interagir melhor” (enfermeira capacitadora A do curso de formação de ACS).

A capacitação é fundamental para melhorar o desempenho junto a instituições governamentais ao obstaculizar a manipulação de poder, já que de acordo com Bourdieu (2004) a participação ativa na política exige competência social e técnica. Dado que os

produtos oferecidos pelo campo político são instrumentos de percepção e de expressão do mundo social, princípios de *di-visão*, e sendo assim a distribuição das opiniões numa população determinada depende do estado dos instrumentos de percepção e de expressão disponíveis e do acesso que os diferentes grupos têm a esses instrumentos.

“A fronteira entre o que é politicamente dizível ou indizível, pensável ou impensável para uma classe de profanos determina-se na relação entre os interesses que exprimem esta classe e a capacidade de expressão desses interesses que a sua posição nas relações de produção cultural, e por este modo, política, lhe assegura”(BOURDIEU, 2004: 165).

O papel das capacitadoras neste contexto consistiria em oportunizar, sistematizar, coordenar e intervir na aquisição de novos conhecimentos, no entanto, este papel fica comprometido quando as mesmas não conseguem deter-se com profundidade em qual é o objetivo desta capacitação e se atem as mesmas explicações simplificadoras sobre o papel do ACS, o que de certa forma esvazia e compromete os objetivos pretendidos:

“Ele é o elo né? De ligação da unidade com a comunidade. Então eles moraram na comunidade né? Então eles sabem, eles realmente conhecem as pessoas. Estão lá no dia-da-dia de cada pessoa e eles vivem aquela realidade. Então eles são mais fáceis de perceber as coisas, de comunicar a equipe, ao restante da equipe” (enfermeira capacitadora A do curso de formação de ACS).

A forma como os conteúdos são organizados propõem seqüências de atividades que com base em um texto de apoio, orienta a dispersão em campo, plenária para apresentação dos resultados da dispersão, discussão em subgrupos sobre a plenária, e sistematização dos resultados e das informações construídas. O manual orienta ainda a instrumentalização técnica com dinâmica de grupo, questionários fechados, realização de entrevistas, visitas a campo, poemas, músicas, estudo de casos e dramatização.

Já na segunda unidade:

“Pretende-se [...] que os Agentes Comunitários de Saúde conheçam o seu processo de trabalho em saúde identificando-se

as atribuições de cada componente da equipe e reconheçam a Estratégia da Saúde da Família como eixo estruturante do modelo assistencial do SUS. Pretende-se, ainda, oportunizar aos ACS o desenvolvimento da capacidade de observação e comunicação com pessoas e grupos valorizando os aspectos culturais da saúde, na sua área de abrangência” (PARAÍBA, 2006:60).

No que diz respeito ainda ao conhecimento mais técnico-administrativo dessa unidade, centra-se no uso das fichas de cadastramento e de controle por parte do ACS, sua importância e das visitas domiciliares para acompanhamento do grupo materno-infantil. Começa a desenhar-se entre os textos de apoio a importância de considerar os novos atores para a construção de novos temas em saúde pública, como os assentados, os atingidos por barragem etc (PARAÍBA, 2006: 78). Sem, no entanto, detalhar questões como que tipo de demandas para negociação estes novos atores trazem e como isto repercute nas negociações. Ou ainda, sem problematizar o porquê das reuniões comunitárias não serem utilizados como instrumentos presentes na atuação do ACS: “*O agente comunitário de saúde precisa de algumas ferramentas, que chamamos de instrumentos de trabalho. Os instrumentos mais utilizados são: a entrevista, a visita domiciliar, o cadastramento das famílias, o mapeamento da comunidade, as reuniões comunitárias*” (PARAÍBA, 2006: 104). Partindo então do princípio que as tensões na atuação deste são contornáveis não prejudicando o uso destes instrumentos.

Essa unidade inseri ainda elementos da racionalidade instrumental do programa como o planejamento da visita familiar pelo ACS antes de sua realização (PARAÍBA, 2006: 105), “*(...) escolher um bom horário e definir o tempo de duração da visita*” (PARAÍBA, 2006:106) e quantidade de visitas necessárias, “*uma vez por mês, mas ela deve receber mais de uma visita, se existir alguma situação de risco*” (PARAÍBA, 2006:107), principalmente, com o grupo materno-infantil. Na mesma unidade o manual traz a educação popular como tema de debate para se pensar uma nova maneira de pensar a construção do conhecimento e como operacionalizá-lo em uma dimensão prática. Tendo em vista que:

“*(...) os espaços governamentais são campos desiguais de luta. É um espaço adverso aos interesses populares. Os seus dirigentes, mesmo sendo aliados dos trabalhadores, não podem deixar de ser um serviço aos grupos capitalistas, que às vezes*

concedem muito, desde que forçados pela luta dos trabalhadores e desde que seus interesses fundamentais não sejam ameaçados” (PARAÍBA, 2006:121).

Nesse ponto do manual em específico, a discussão da polarização entre Estado/políticas públicas e o povo, assume um viés marxista centrado na luta de classe e na contradição entre os interesses burgueses e do proletariado, o que de certa forma coloca políticas como o PSF na condição de reprodutor da lógica da sociedade capitalista, limitando a perspectiva de que as políticas públicas podem ser arenas de negociações e de que os atores não são apenas personagens, mas também atores do processo.

Ainda na mesma unidade II, o material se detem a apresentação do aparato técnico-jurídico constituído pela portaria nº 1886/GM de dezembro de 1997 que aprova as normas e diretrizes do PACS e do PSF (PARAÍBA, 2006: 43), lei nº 10.507 de julho de 2002.

Por fim, na terceira unidade temática objetiva orientar a identificação da capacidade de ação das estruturas de vigilância em saúde de forma a possibilitar a compreensão do sistema de informação para a implementação de políticas públicas locais. Ou seja, mostra o que é e como funciona o Sistema de Informação em Saúde (SIS), um banco de dados nacional alimentado pelos municípios sobre assistência ambulatorial, atendimento ao grupo materno infantil, etc.

As mudanças sociais nas áreas que contemplam o PSF acontecem no esteio do processo de mudança da concepção e das práticas sanitárias, já que:

“Eu comparo P -S- F com é M- S -T. Por que?Porque o MST são três letras. E quem é essas três letras?São a comunidade junta, em peso, porque só as três letras juntas lá, elas não se organizam, elas não fazem nada, ela fica lá parada, sozinha as três letras. Se organizar, aí sim ela se mexe porque é o MST a mesma coisa é o PSF. Se existe o PSF, se não existe organização, não existe a cobrança, é parado” (assentado A).

E no esteio dessa mudança o modo como o ACS atua e ajusta esta atuação junto aos assentados/usuários exerce bastante influência. Afinal:

“A função mais importante do agente de saúde, num programa comunitário, não é dar atendimento. Também não é simplesmente servir de ligação entre a comunidade e o sistema de saúde externo. É ajudar as pessoas a encontrar soluções mais eficazes para os problemas. Por isso, os agentes precisam

compreender profundamente os pontos fortes e fracos da comunidade e a sua característica específica” (PARAÍBA, 2006: 180).

A fala a seguir, proferida em um dos momentos da capacitação, de certa forma mostra não só o esforço dos ACS em mostrar que estão atuando voltados para os interesses e a realidade de sua comunidade, atendendo, portanto, exigências do programa, como denota a dualidade entre o avanço das políticas públicas no plano teórico e a distância desse para o plano efetivo. Ou seja, demonstra também a distância entre o que deveria ser o programa e o que realmente não é – espaço de intensa e profunda participação dos assentados na área da saúde – quando comparamos aos dados analisados:

“Eu vejo uma coisa que todos os grupos falaram iguais: a participação nossa como cidadão. A gente não é apenas agente de saúde porque no dia que a gente for, a gente está morto. A gente está morto. E se a gente se limitar a ser apenas agente de saúde na área a gente vai ser a saúde como quem não tem doença. E isso a gente já conceitua aqui que nós não fazemos saúde dessa maneira. A outra coisa que a gente também tem que es-ti-mu-lar a população a viver isso ai. Nós como agente, a população ver na gente, é..um um...não só um elo mas uma grande liderança, uma das grandes lideranças no quesito saúde. Então do jeito que a gente imaginar a saúde ela vai sair na foto. E se a gente diz que ela deve se abranger com a questão de geração de renda e de par-ti-ci-pa-ção do povo então vamos começar a estimular. Agora isso não é só uma tarefa de nós agentes de saúde porque senão a foto vai ser sempre a mesma enquanto a gente se se...se negar a discutir outras políticas com relação a saúde porque.. até hoje a população acha ...isso é muito difícil em uma cultura antiga...saúde é saúde e educação é educação e as duas secretarias não podem...Mas quem disse isso? Eu não vou criticar nem nada, mas o poder público sabe disso gente. Mas quanto menos a gente cobrar melhor...melhor...se a gente cobra é claro que as políticas não vão sair 100% não, mas claro que vão ter uma melhoria. Agora acostumasse de acordo com o povo cobra. Se o povo cobra luz as coisas tendem a acontecer, se não cobra as coisas vai cair é...fica como se agente fosse tirar a foto. Se, se sair bem bonito, a gente tem que se preparar para sair bonito né? Se não sair, vamos se preparar porque vai sair da maneira que tiver...”(ACS de Massangana II no curso de formação).

O material elaborado pelo CEFOR apresenta-se como uma coletânea de textos e atividades que tenta contemplar informações que subsidiem a formação de competências técnicas e políticas fundamentais para os ACS. No entanto, as informações

técnicas são evidenciadas por uma maior quantidade de textos que explicam o aparato técnico-jurídico a partir do qual o PSF e o SUS devem funcionar, além de se apresentarem de forma mais sistematizada do que as informações de caráter mais político. As informações que compõem um perfil político se apresentaram mais dispersas, menos operacionalizáveis, menos interativas com o aprofundamento de questões problematizadoras da atuação do ACS, o que compromete o seu papel e o do programa em estimular a participação. Embora tal dimensão política também seja contemplada por esta atuação.

Como essa etapa de formação é apenas uma de uma série de outras que irão ocorrer, provavelmente, nesta teve-se o intuito de por os ACS em contato com o maior número de informações possíveis, para somente *a posteriori* focar mais detidamente em determinadas informações as quais possam configurar a atuação dos ACS de forma efetiva.

3.9. O campo político de Massangana III

A atuação do ACS pelo PSF depara-se com carências materiais, a centralização no atendimento médico, a secundarização de ações que poderiam solucionar o processo saúde-doença desencadeado o recrutamento de profissionais de modo arbitrário, caracterizado pela “*politicagem*”, pela “*panelinha*” e pela “*perseguição*”, como destacado abaixo:

“O PSF atende mais por cara por causa das amigas do prefeito dentro do assentamento... Eu vejo reclamação por aí. Atendimento por cara aí...eu que eu não quero explicar tudo direito. Porque aqui a perseguição é verdade. Hoje em dia ninguém pode dizer a verdade. Em termos de administração... a gente vai dizer a verdade... O cabra não pode (assentado D).

A existência de elementos de estilo político arbitrário não só assinalam o fracasso das ações do programa, como promovem um tratamento distintivo e excludente para os usuários, desestimula as ações em conjunto envolvendo equipe, agente comunitário e gestão municipal para resolução de problemas, favorece a não integração tanto de ações quanto de intervenções, bem como gera uma resistência por parte dos assentados a confiarem e apoiarem o trabalho da equipe do programa, como expõem as seqüências discursivas anteriores.

Inclusive ao analisar as quarentas páginas do único livro de atas existentes desde a fundação do assentamento em 1996, encontrei o registro de um episódio de arbitrariedade envolvendo uma médica do PSF de Massangana III e o município em 2001. Na ata o presidente da APRAM III daquele período informava o fato do prefeito ter demitido a médica do posto por não fazer distinção no atendimento. No geral, o livro de atas continha assinaturas e informes a respeito da cooperativa fundada também quando na formação do assentamento e esse relato sobre questões relacionadas à saúde.

No que diz respeito aos relatos anteriores, ilustram como o referido programa de saúde é vivenciado. Enquanto instrumento e lugar de exercício de relações desiguais marcadas pelo clientelismo e autoritarismo. Isto é, o estabelecimento de diferentes categorias de pessoas subjugadas aos seus respectivos *lugares* de exclusão. A existência de elementos como a “*politicagem*”, a “*panelinha*” e a “*perseguição*”, consubstancia que não há por parte dos assentados a experiência do real exercício da participação política que caracteriza o espaço público. Ou seja, instrumento e lugar de diálogo, de pluralidades, de perspectivas que objetivam estabelecer deliberações a respeito de interesses e responsabilidades comuns para um destino também comum. Conseqüentemente, se a dinâmica do PSF em Massangana III é de reprodução de práticas locais de clientelismo e de autoritarismo, o programa não se efetivará nem como arena de disputa de interesses e de sucessivas negociações entre atores políticos que interagem com os poderes públicos municipais (TELLES, 1999), nem como instrumento de intervenção impulsionado pelos poderes públicos, objetivando melhoria da QV e de crescentes níveis de integração econômica e social (VILLALOBOS, 2000). E assim sendo, significa que o referido programa torna-se instrumento de práticas ilegítimas de barganha política e lugar da política partidária, não podendo ser qualificado nem como instrumento e nem como lugar por meio dos quais há o exercício do espaço público.

Embora se tenha a idéia de que a barganha política seja uma prática ilegítima, na verdade não se constitui como tal desde que objetive o bem e os interesses coletivos quando na arena de negociações de distintos interesses, como bem coloca o relatório do BID a este respeito (2007). No entanto, a partir do momento em que as negociações ocorrem através de formas menos legítimas e menos transparentes de trocas significa que estas colocam a governabilidade em risco, bem como o sucesso de políticas de saúde na promoção da QV. No caso de Massangana III o acesso à atenção à saúde de qualidade não é disponibilizada de maneira equânime para o coletivo. Uma obrigação do município independente de apoio político em período eleitoral. A atenção à saúde é um privilégio de

pequenos grupos do assentamento que em troca de serviços tornam-se cabos eleitorais, oferecendo apoio político-partidário nas eleições municipais que sucedem.

O *campo político*, enquanto estrutura social que dá ao mesmo tempo forma e conteúdo as práticas e aos lugares de disputa política pelo poder, é um lugar no qual, na luta pela representação da realidade, disputa-se o poder de construí-la a partir de categorias de visão de *di-visão* do mundo, isto é, disputam-se os modos de ver, ser, estar, falar e perceber o mundo (BOURDIEU, 2005). Assim sendo, alguns podem se utilizar de algum modo do patrimônio coletivo para conseguir alcançar determinados interesses (BOURDIEU, 2004b). No caso em questão o poder público municipal se utiliza do programa de saúde e suas benesses para alcançar seus interesses político-partidários. Aspecto corroborado não só pelas colocações dos assentados nas entrevistas e nas conversas informais, como pelo diário de campo no momento da inauguração da UBS de Massangana III, quando durante o pronunciamento, representantes municipais enfatizaram a importância de “*apoiar certos candidatos...*”.

De acordo com Rubim (2000), a publicização ou silenciamento apresenta-se como núcleo de poder que possibilita e fazem gravitar além da comunicação, variadas manifestações de poder descritas no agendamento de temas, na produção de imagens sociais ou públicas, na moldagem de atmosferas e climas sociais, enfim, na construção de cenários sociais. Todos eles dispositivos fundamentais para as dinâmicas políticas e social contemporâneas dando visibilidade pública aos atos do governo e de seus governantes, garantindo a legitimidade social de ambos.

Na teia das experiências que se formou a partir do PSF, outros fios cruzam-se e juntam-se ao acirramento dos conflitos com o município de Cruz do Espírito Santo e as próprias trajetórias individuais de dependência dos assentados. A importância deste cruzamento reside no modo como exerce influencia na relação dos assentados com o poder público municipal, conflituoso e dependente. Algo que se evidencia no relato de uma assentada, quando são lembradas as tantas outras vezes que o poder público municipal se beneficiou da “*politicagem*” para favorecer alguns em detrimento de outros. E quando por ocasião da fundação do PA, como os assentados contavam com a direção de terceiros para ir em busca de melhorias para o coletivo:

[...]Ninguém tem socorro de prefeito. Eu mesmo nunca ganhei um palito de fósforo. Aqui são os corruptos quando recebe é para uma panelinha... olhe eu tenho dois filhos dentro dessa casa, mas claro com o prefeito...o prefeito mandou chamar para

assinar. Assinou para fazer essas casas para as pessoas que não precisam. Já está feita. Já tem casa que estão terminando. Para eles já são refugio. Você está vendo essa reforma dessa casa? Olhe andaram catando por aqui só para as pessoas deles, só para panela deles. Tem a primeira etapa. Tem a segunda etapa e ninguém não vê. A primeira etapa passou fez a casa das panelas, sabe? Quem combina ao contrário. Fez a casa das panelas. De quem precisa e não anda depois com a verdade fica sem colocar nem o cimento. Dessas tem muitas...eu não sei entender aqui não. [...] Para mim só foi bom mesmo, honesto, bom quando começou com o MST. O MST cavou muito aqui para dentro. O MST. A gente tinha munição, tinha socorro, os desertados mais...que não tinha nem uma veste, até roupa eles pedia e trazia. De roupa, de uma mistura, de ajudar o povo a gente só teve força assim...e respeito quando a gente estava com o MST. Fale do MST quem quiser falar, mas espécie de governar os melhores foram eles” (assentada J).

Tanto a seqüência anterior como as demais que se referiam a forma como a política transcorre no assentamento, reforçam o fato de que mesmo diante da certeza de que há irregularidades na prestação dos serviços no assentamento, por parte do poder público municipal, o conflito não leva a mobilização dos assentados para reparação destas irregularidades. O PACS, em Massangana, já existe a dois anos, seguido de mais seis das equipes de saúde da família na área. No entanto, os próprios assentados como foi colocado anteriormente avaliam o PSF como um agente que não tem conseguido promover mudanças significativas. Mesmo assim, a população não age como um coletivo capaz de buscar benefícios e que exerce o controle social dos serviços, mas atribui à responsabilidade em sê-lo a outros:

Porque está acontecendo estes tipos de dificuldade: tem um médico que vem aqui que na segunda-feira ele não vem. Num dia de sábado não tem. Não está aqui. Ai você vai lá não tem remédio no posto que atenda o paciente...se adoecer, se é uma coisa de urgência, não tem um carro para encaminhar o paciente direto para o hospital. Está vendo esses tipos de dificuldade. Também como eu falei antes que não atende... não vem atender o povo na casa que era para atender. Tudo essas coisas, né? Que a gente está sentido as dificuldades dentro do assentamento. O que cabe...eu não sei se estou certo ou se estou errado mas eu acredito que seria o agente juntar a comunidade dizer...fazer reunião com a comunidade e dar um esclarecimento como é que o PSF tem que fazer para através de um PSF se ele não estiver atendendo a própria comunidade

fazer uma cobrança. Juntar a comunidade, fazer reuniões, dizer...perguntar também como é que a comunidade se sente com os trabalhos dele, certo? Dizer o que é de fato que a comunidade está precisando, se está achando bom, se está achando ruim, o que é que melhora...Não existe. Essas reuniões não existem. Eu acharia assim...eu acharia não, é para fazer dessa forma” (assentado E).

Esse contexto, marcado de um lado pelo conflito, e de outro lado pela dependência, nos interrogamos sobre os motivos que impedem a população de se organizar e em agir como um coletivo para concretização de mudanças na atenção à saúde, porque não consegue se organizar ao menos para quitar as dívidas atuais referentes ao uso da energia elétrica por todos, tendo que recorrer à justiça para suspender o uso do serviço para parte dos assentados? Ou seja, aos conflitos com o município soma-se a dependência dos assentados, formando um conjunto de fatores que incidem e que podem comprometer a ação do PSF e seus integrantes.

Entretanto, entre os assentados somente o conflito é considerado como principal fator a incidir sob as dificuldades na prestação da atenção à saúde e na não resolução destas. Algo tão presente e marcante na história dos assentados de Massangana III que os demais fatores são obscurecidos como contribuintes na configuração das situações existentes. Os interesses partidaristas do município é focado como núcleo de todos os obstáculos existentes tanto na atuação do PSF quanto do ACS:

“[...]O prefeito porque ele não quer dá uma assistência e fica perseguindo o pessoal. E saúde a gente não pode olhar...ele sabe que existe dentro do município, existe aquele administrador, ele quando está administrando coloca o pessoal dele...isso a gente já tem o conhecimento agora...existe as perseguição...existe a conversa de: “*Fulano é meu, é do meu lado. Fulano é do lado de beltrano...*” E não pode existir isso. O agente comunitário de saúde...ele para não perder o emprego...o emprego que tem aí vai responder os critérios do prefeito né?[...] a avaliação nossa e de muitos assentados que tem aqui o...agente de saúde junto com a equipe médica ele atende um pedido do senhor prefeito. Ele atende o prefeito do município: “*Fulano é do meu lado, sicrano não é...*” Ele usa tipo...ele usa assim...ele não usa o trabalho tipo assim que seja do coração dele. Para dizer assim: “*Eu estou usando uma coisa que seja do meu trabalho, que eu tenha vontade seja um trabalho que eu goste*”. Ele usa mais coisa em interesse próprio. Questão política dentro do assentamento.Vamos dizer que ele usa um trabalho, fazendo uma organização política para quando for mais tarde

está...dentro de um assentamento como querer ser um vereador, querer ser um prefeito, está entendendo? É essas coisas que agente vê. O prefeito incentiva o agente comunitário (assentado E).

Como ilustra o relato acima, os assentados percebem a gestão municipal ocupando uma posição no *campo político* de maiores condições para que sejam atendidos e manipulados seus interesses político-partidários, do que a equipe e os agentes de saúde. Estes não possuem autonomia suficiente para atuar sem atender as arbitrariedades cometidas pela gestão municipal, mesmo que, no caso do ACS em específico, haja a iniciativa de contrariar tal situação já que também é um assentado e compartilha dos anseios de sua área.

Assim, tanto a ESF quanto aos ACS não resta alternativa a não ser defenderem seus interesses pessoais em detrimento do coletivo, limitando, portanto, sua atuação ante ao estabelecimento de práticas clientelistas e autoritárias as quais contaminam a relação entre a gestão municipal e os assentados do PA Massangana III. Essas limitações reforçam a idéia de que o agente comunitário/assentado representa aos interesses do programa governamental e assim não pode ser uma liderança legítima e capaz de representar, de modo autônomo, os interesses do assentados (BARREIRA, 1998), o que explica, por exemplo o fato de ter “[...] *peessoas que acha que...tanto faz existir como não existir agente de saúde. Não interessa quando a gente passa, quando a gente chega acontece isso[...]tem alguns que acham que não serve de nada, não vale de nada, quase nada*” (ACS 2). Ou então, o fato da gestão municipal atribuir a estes posições de pouca relevância, na qual a importância de sua atuação reside apenas na complementação de fonte de renda que o trabalho gera:

“Eles acham que trabalham demais e ganham de menos, né?! Eles ganham atualmente, no município, eles ganham... que o município tem que pagar no mínimo um salário mínimo. Agente paga o mínimo, 350 líquido, mais 40 reais de gratificação. Então, hoje eles ganham 390 reais, cada agente comunitário. E às vezes assim, às vezes se a gente demorar nos pagamentos...se demorar, aí: “Ah, o pagamento atrasou”, aquele tipo de coisa. Mas é também, graças a Deus dos 36 agentes nunca tive atrito nenhum, e uma questão maior... o que pesa mais, é uma questão salarial. Uma questão realmente de sobrevivência. Mas a gente tem que ver que eles hoje, eles hoje ganham muito mais, digamos assim, do que muitas pessoas

que... pessoas que fazem bico, por exemplo, né!? Porque no município o mínimo se ganha 350 reais... eles já ganha, digamos, 40 reais a mais, agora tem que trabalhar as 40 horas semanais, esta entendendo?!”(representante da coordenação do PSF e da secretaria de saúde do município)

A atuação do ACS é limitada pelas circunstâncias e assim sendo, tanto o próprio agente quanto o PSF estão comprometidos em sua atuação para realização de mudanças nas condições de saúde do assentamento. As mudanças percebidas com a atuação do ACS são relatadas como a chance de obter informações sobre a rotina de funcionamento da unidade e que tipo de serviço pode ser conseguido nesta já que “[...] eles vem e conversa com nós. Traz alguma noticia para a gente...se é preciso nós se deslocar, se precisa a gente se deslocar para outra cidade eles vem e comunica a gente. E...só isso”(assentada G).

Ou seja, se o papel dos demais membros da equipe é realizar atendimento médico, o do ACS, segundo os informantes é limitado, portanto, a informar o que tem e o que não tem na unidade, o que muitas vezes coloca-o numa posição de bode expiatório: aquele que nada faz e ainda sim é pago por isto – “[...] só vem aqui...aqui mesmo só vem um vez por mês...vamos dizer de quinze em quinze dias, passa um aqui [ACS] só para pegar nossas assinaturas para no outra dia ir receber” (assentado D)– e de beneficiado pelo clientelismo dos poderes públicos municipais – “A dificuldade que ele [o ACS] enfrenta é colher alguma coisa para eles. Colher bastante porque o agente mesmo está terminando de fazer a casa dele” (assentada J). Transformando o problema da carência de recursos e de irregularidades do serviço numa questão de comodismo pessoal do agente comunitário ao invés de uma questão comum a todos e de responsabilidade de todos. A falta de força e a limitação para realizar grandes mudanças é percebida pelo próprio agente de saúde, assim como também é evidenciada pela coordenação do PSF, como estando pressionadas por uma série de atribuições práticas do programa:

“[...] a gente não tem força para isso, no sentido de melhorar a comunidade, nós se empenhamos nas orientações, a gente tem insistido, ir nas pessoas, o que fazer, por onde seguir, né? Os caminhos... o que a gente pode fazer é tentar melhorar no dia-a-dia com a população, com cada pessoa. A gente tem que insistir, a gente tem que persistir como evitar doenças, orientar como tratar as gestantes, o que fazer para ter um filho saudável, orientar para deixar de fumar...hipertensos: orientar “vamos esquecer o sal, vamos seguir aquela dieta, vamos tomar

medicamento que pertence a hipertensivo. Está com diabetes? “Vamos tomar aquele medicamento, aquela insulina, para sua diabete”. É mais nesses casos disso”(ACS 1).

“Ele tem inúmeras atribuições. Inúmeras, inúmeras, mesmo. Ele acabou ficando sendo como se fosse chamado, como enfermeiro, que é “bombril”. Terminou o agente comunitário sendo também. A...a atividade especial dele, específica dele são as visitas domiciliares e nessas visitas domiciliares eles fazem as ações de saúde. Ele... a questão de vacinação, de pré-natal...tem todos esses programas vinculados ao Ministério da saúde, hoje o agente comunitário trabalha nessa questão de divulgação, de informação, encaminhando as pessoas que precisam ir para as unidades. Ele é o elo de ligação entre a equipe de saúde e a família, da comunidade. Eles fazem a pesagem, mensalmente eles têm que...é assim, o agente comunitário tem que ter no mínimo que visitar cada família uma vez no mês, independente de ter criança ou não. Foi cadastrado, a obrigação dele é de ter uma visita em cada mês, né? E nessa visita ele vai ver a situação da família, por isso, que é importante que ele seja da comunidade porque ele já conhece algumas é...é questão de cultura daquele pessoal todo e a questão de doenças. Está doente. Encaminha para a unidade. Só se for...se tiver uma diarreia, já faz uma orientação do soro caseiro, senão, soro de reidratação oral mesmo e no caso que tem encaminhar para na unidade de saúde, né?(representante da coordenação do PSF e da secretaria municipal de saúde).

“No entanto, o agente não é parente, mas alguém imbuído de funções e autoridades” (WILSON citado por SILVA e DALMASO: 2002,180). E encontra-se inserido numa série de situações para a qual a área da saúde ainda não desenvolveu um saber sistematizado e instrumentos adequados de trabalho e gerencia. Situações que vão desde a abordagem da família, o contato com situações de vida precárias que determinam as condições de saúde, até o posicionamento frente à cidadania.

Se, do lado do programa e dos poderes públicos tem-se o contexto de relações clientelistas e autoritárias, de instabilidade empregatícia e de sobrecarga com inúmeras atribuições para o ACS, do lado do assentamento, o agente não é reconhecido como um representante legítimo e capaz de defender os interesses do coletivo. Como então pode ajudar a consolidar os objetivos do PSF entre esses, estimular a organização da comunidade para o exercício do controle social dos serviços prestados pela ESF, se não há o reconhecimento de seu trabalho, se ele encontra-se imobilizado pela conjuntura?

A avaliação realizada, tanto pelos usuários, quanto pelos próprios ACS de que estão presos ao imobilismo não é apenas uma avaliação conjuntural, mas é resultado de

um processo de inculcação de uma *crença* reproduzida pelo *campo social* de que a realidade está definida e constituída inclusive no plano simbólico como uma ordem natural, universal e não arbitrária, legitimando até mesmo as distinções existentes para realização da classificação e hierarquização social. *Ou seja*, há no *campo* um processo de imposição dissimulada de valores e significados, por meio de ações e do conteúdo contido nessas e apresentados como neutros e universais, objetivando a introjeção de significações e a legitimação das distinções presentes nas ações e em seus conteúdos, constituindo a realidade e estabelecendo-a como ordem no plano simbólico.

O *campo* possui, portanto, uma lógica construída socialmente, onde há a produção e difusão de discursos a respeito de uma *crença* que permite constatar as relações de força nele existentes. Sustentado inclusive pelo reconhecimento de uma *crença* nos poderes conferidos a determinadas pessoas ou objetos. Uma *crença* que produz bens materiais e simbólicos os quais explicam, *tornam necessário*⁸¹, os atos dos *agentes sociais* e as obras por eles produzidas, subtraindo o absurdo do arbitrário e do não-motivado de suas ações, o que faz “[...] *do poder das palavras e das palavras de ordem, poder de manter a ordem ou de a subverter, é a crença na legitimidade das palavras e daquele que as pronuncia, crença cuja produção não é da competência das palavras*” (BOURDIEU, 2004 b:15).

Então se, de um lado, temos a *crença* que legitima o imobilismo em Massangana III, dificultando o apoio para ação dos ACS, de outro, temos a participação enquanto processo que se desenvolve de forma contraditória, fragmentada e vinculada a uma multiplicidade de fatores, entre estes uma estrutural estatal de desenho autoritário resistentes aos impulsos participativos, uma matriz cultural de traços autoritários, como também a exigência de qualificação técnica e política por parte dos representantes da sociedade civil para que efetive os interesses dos representados. Algo que exige investimento de tempo e disponibilidade (DAGNINO, 2002).

3.10. Distintas racionalidades

Além dos elementos que tecem a trajetória do assentamento, a instabilidade, a sobrecarga de atribuições, a falta de apoio por parte do coletivo assentado, a precariedade de funcionamento do CMS, o ACS conta com outro elemento que dificulta a sua atuação: a burocratização do serviço de saúde. A burocratização em conjunto com a organização é

⁸¹ Expressão utilizada por Bourdieu (2004 b: 69)

resultado de um processo mais amplo de racionalização no qual a partir da razão o indivíduo desenvolve um estilo de vida metódico que calcula as conseqüências possíveis de sua ação, a eficiência instrumental e o sucesso como valor absoluto no alcance de seu fim (WEBER, 1964). O ACS apóia-se então na burocracia e em seu quadro administrativo burocrático para gradativamente ampliar sua conduta baseada nas experiências junto ao grupo em direção a outra baseada nas convenções racional-legal do programa sobre custo, eficiência e eficácia das ações (DIAS, 1997).

O agente comunitário ao atuar burocrática e organizadamente precisa seguir uma série de etapas até que possa efetivar a ação: *“Nós temos que ir na cidade preencher um tal de GERA, que esse documento, com esse GERA traz para unidade de saúde para assinar e carimbar, a partir daí vai para secretaria de saúde de Santa Rita para ser autorizado lá. Aí lá, vai até a clínica (ACS 2)”*. Em casos de urgência...

“[...] Aqui em Massangana mesmo tem três carros a disposição da população. Só que o prefeito é...liberou aqui uma ordem sabe? Para o carro só ser liberado a viajar com encaminhamento médico porque era o seguinte: a pessoa tinha uma dor na unha, chamava um carro. É desperdiço né? Pode acontecer de depois daquele caro sair com aquele paciente, aquele paciente passando mal, Aí: “Como é que está seu trabalho? Há vício? Passou mal?”.Passa na unidade de saúde, a médica consulta e vê. Se for o caso de uma pressão alta, a gente mesmo dá medicamento, se passou ou não, né? Então, no caso os carros só são autorizados a encaminhar em nesse turno. Mas, como em caso, eles falando que, fim-de-semana ou à noite, feriado, caso se a médica não está presente, as pessoas me procuram eu vou atrás desse paciente, ele conversa, eu ligo para ela e a partir daí ela diz: “não faça isso: vá no posto e pegue um comprimido de pressão e dê a ele. Espere meia hora, uma hora, para verificar, verifique, se a pressão, baixou”. Se não for o caso ela já autoriza o carro a levar o paciente” (ACS 2).

Ou seja, estas etapas que sucedem a execução da ação servem muito mais para poder melhor administrar a escassez de recursos na área do que para torná-lo mais eficiente e eficaz. Então ao invés de fomentar a participação, a forma como transcorre a racionalidade do PSF, obstaculiza, distancia e mantém tal participação fora das arenas de negociação, já que para se ter acesso a pequenas coisas, como um medicamento ou uma guia para exame, envolve extensas e cansativas etapas até a possibilidade de sua

concessão imaginem grandes mudanças. A organização do serviço não passa a idéia de maior acesso ou de melhor e maior eficiência, mas de que os recursos são tão escassos que se torna necessário fracioná-lo por um período longo, o que por outro lado acaba reforçando a idéia de existir uma hierarquia excludente de beneficiamento, como também a idéia de que a racionalidade do PSF incorporada pelos ACS não concorre para que a população se organize e participe ativamente das decisões. Dessa forma, há uma série de dificuldades que impedem os indivíduos terem acesso à saúde em Massangana III.

Por outro lado, a lógica dos assentados baseia-se nos valores e experiências, também compartilhadas pelo ACS/assentado, conformando uma racionalidade que trilha um caminho distinto da racionalidade do PSF. Isto é, a partir de suas trajetórias individuais e coletivas são estabelecidos valores de como deve desenvolver-se a atenção à saúde em sua área. No entanto, como as racionalidades exercem influencia uma sobre a outra e em alguns momentos entram em conflito e se sobrepõe uma a outra, a idéia de como deve transcorrer a atenção também conflitam, como ilustra o discurso abaixo:

“Eu estava um pouco meio perturbado e eu precisava de um carro e eu fui falar com a doutora e ela disse que tinha recebido uma ordem para que desse ordem para levar pessoas doentes no hospital, aí: “Seu Severino, eu recebi uma ordem para que não regularizasse essa guia de carro que vem aí, não levar ninguém para o hospital. E essa doença...e esse...como é que se diz...esse carro era para que?”. “Para levar Beto para o hospital para tirar sangue”. “Mas seu Severino para ir para o hospital tirar sangue não é urgência”. Aí eu disse: “Mas a senhora acha que uma pessoa parálitica precisar de um carro para ir no hospital tirar sangue, não é uma urgência não doutora? Porque a pessoa parálitica está necessitando de que doutora? De uma urgência. O homem não anda, não fica em pé solto, sozinho”. “É porque a coordenadora...” Tem uma coordenadora do programa... Aí disse que não liberasse carro. Aí eu disse: “É doutora, muito obrigado, agora se fosse para ela passear, não precisava para ser doente...para ser doença...para ela passear tem carro da espécie que ela quiser”. Até que ela disse assim: “É seu Severino, já não é mais comigo, eu apenas sou uma médica, funcionária da prefeitura”. Eu digo: “Eu entendo o lado da senhora, até que a senhora não pode falar muito que é para não perder seu emprego, agora para desabafar eu digo a gota serena quando estou com raiva”(assentado A).

Conflitos como esse reforça a idéia de que o embate entre racionalidades distintas emperra a dinâmica do assentamento e do programa. Um conflito que se baseia na típica contradição campo/cidade, onde o campo é um lugar fragilizado pelo isolamento, pela precariedade de acesso aos bens e serviços e pelos efeitos do êxodo rural (WANDERLEY, 2004). Ao passo que a cidade é um lugar onde o indivíduo é autônomo para dedicar-se a produção de bens para outros e não para si próprio, além de redefinir seu “estilo de vida” urbano em face ao “estilo de vida” do meio rural. (NUNES, s/d). Essa redefinição impõe, *“por exemplo, novo ritmo de trabalho, novas relações ecológicas, certos bens manufaturados; propõe a racionalização do orçamento, o abandono das crenças tradicionais, a individualização do trabalho, à passagem à vida urbana”*. (WANDERLEY, 2004).

Embora o rural apresente a dupla faceta precariedade/dinamização cultural, os que estão envolvidos pelo programa percebem apenas o lado da precariedade, onde *“tudo é mais difícil”*, inclusive as ações de promoção e prevenção que fomentam a mudança de paradigmas em saúde. Ou então, que as diferenças entre a zona rural e a cidade somente podem ser vistas como negativas, restritivas, como se a dinâmica cultural do meio rural nada oferecesse de enriquecedor mediante suas particularidades. E quando isto ocorre outro princípio organizativo do SUS é desconsiderado: a regionalização, no qual para que haja a articulação em determinada área geográfica e em níveis crescentes de complexidade dos serviços de saúde, deve ser considerado tanto critérios epidemiológicos, como o conhecimento da clientela a ser atendida (CUNHA e CUNHA, 1998).

“Nas equipes de manhã e à tarde, antes de começar o atendimento, que na zona rural está um pouco deficiente, mas assim na cidade está bem presente, todos os dias, antes de cada atendimento, tanto de manhã na sala de espera tem o trabalho de prevenção, ou seja, cada um..a gente tem um cronograma e cada membro da equipe é responsável por alguma palestra de determinado tempo, então, são palestras, curtas, né!? Rápidas, enquanto, a pessoa está na sala de espera. De manhã e à tarde, né!? E funcionado de forma mais deficiente na zona rural porque como na cidade a gente está mais perto...é aquele questão: o ser humano... se você não está cobrando as pessoas, né!? As pessoas que eu digo, é a gente está inclusa nisso, porque a gente é ser humano, se você é cobrado você trabalha mais. Então, às vezes eles ficam um pouco adormecidos e a gente tem que estar chamando, mas assim... E tudo na zona rural é mais difícil. Tudo, tudo. Questão de transporte, enfim, a ter acesso a...o acesso da zona rural...eu acho a sim que as

pessoas da zona rural são mais sofridas neste sentido, da assistência ser mais demorada porque não tem uma assistência maior, não tem transporte, um carro, que possa digamos socorrer a tempo e a hora, tem que ir no carro da própria comunidade ?!”(representante da coordenação do PSF e da secretaria municipal de saúde).

O conflito entre racionalidades, visões de mundo, é algo inerente a sociedade moderna já que “(...) *na luta pela produção e imposição da visão legítima do mundo social, os detentores de uma autoridade burocrática nunca obtém um monopólio absoluto, mesmo quando aliam a autoridade da ciência (...)*”. (BOURDIEU, 2004a: 165). O processo de incorporação de novas racionalidades, portanto, não é algo que ocorre de maneira resignada, mas pressupõe um conflito de interesses entre racionalidades que não só se sobrepõem como também se influenciam mutuamente. E assim, estabelecem o interconhecimento entre valores e convenções racionais-legais, como por exemplo, ante as disputas políticas partidárias quando assentados e equipe do programa fazem questão da imparcialidade no serviço à saúde, um elemento típico da burocracia (OUTHWAITE e BOTTOMORE, 1996). Neutralidade que é reivindicada para que esteja presente na atuação dos ACS ante as disputas existentes:

“Tem família que aceita bem o agente comunitário e outros não. Uns que se envolvem muito com política. São oposição tal e isso dificulta o trabalho do agente comunitário porque eles acham que se você é agente comunitário, se é um funcionário do município, então você é da situação. Então se ele é oposição, então ele acha que o agente comunitário né!... às vezes fala” (Enfermeira capacitadora A do curso técnico de formação de ACS).

“O que caberia ao agente comunitário para ter êxito é...para ele chegar assim e dizer, esclarecer abertamente e para que eles viessem, incentivassem, juntamente com o pessoal do PSF incentivar eles que política é uma coisa. Porque se aquela pessoa ali está necessitada hoje, não é por causa de política que vai deixar de dar um atendimento melhor para ele...então isso é para o agente de saúde chegar e dizer assim: “Gente olhe, deixe gente isso para longe da área de saúde porque isso é área de saúde. Não se faz política. Ai vamos dar um atendimento para que nenhum venha a sofrer nem um tanto, né? Sofrer tudo junto, tudo unido que venha conseguir um ajuda melhor”. Porque se for de política ela só faz atrapalhar. Tem o lado bom, também tem o lado ruim. (assentado H).

Entretanto, é importante colocar que se, por um lado, ao reivindicar a imparcialidade da atuação do ACS evidencia-se a inter-relação entre valores e convenções, por outro, esta mesma imparcialidade pode ser usada para desvirtuar a discussão e a ação em torno dos problemas que são coletivos e não de responsabilidade pessoal do agente, como também pode obstaculizar a apropriação de espaço e ferramenta fundamentais ao trabalho do agente de saúde, ou seja, o espaço público de dimensão política para interlocução e negociação de interesses e responsabilidades comuns e a participação em distintas etapas que compõem as políticas de saúde.

A seleção e capacitação também são elementos que constituem a burocracia e a organização típica do quadro técnico-administrativo configurado pela racionalidade instrumental presente nas políticas públicas (OUTHWAITE e BOTTOMORE, 1996), entretanto, no caso de Massangana III, ao invés de potencializar tal organização, mostrou-se como estratégica para a obtenção de interesses da gestão municipal, como será analisada a seguir.

Estabelecida pelo plano diretor municipal como micro-área de atenção à saúde, Massangana III, teve sua seleção para ACS em 1996, na qual se inscreveram cinco pessoas. A divulgação do resultado foi realizada pela secretaria de saúde local, por meio de cartaz na sede da comunidade e informando ao presidente desta a respeito do processo. Os critérios de inscrição foram saber ler e escrever; dispor de 40 horas semanais para trabalhar; pertencer à comunidade há no mínimo dois anos. O processo de seleção durou um dia. A seleção foi realizada por uma equipe composta de enfermeiros e psicólogos da secretaria estadual de saúde por meio de prova escrita, entrevista individual e coletiva. Entretanto, na divulgação dos resultados os candidatos não sabiam o *rank* de colocações, sendo divulgado somente o primeiro colocado de cada micro-área. Caso este não assumisse a vaga a secretaria de saúde municipal informava-se sobre as colocações junto à secretaria estadual e convocava o candidato posterior. A seleção era válida por cinco anos.

No entanto, mesmo a seleção tendo sido realizada em conjunto com a secretaria de saúde estadual, houve desconfiança sobre a transparência e a imparcialidade desse processo, já que os interesses políticos partidários já relatados anteriormente marcam a trajetória do assentamento. Na percepção dos assentados o critério que preponderou na seleção dos ACS foi o apadrinhamento, corroborando para o processo de retro-alimentação da “*politicagem*” existente no assentamento:

“A seleção foi que... os que passou ficaram para trás e os que não passou ganhou porque era da panela. Era do colóio. Duas pessoas foi aqui assim. Um não quis passou para um e o outro passou para uma outra porque arrumou outra coisa aqui na escola...entrou na escola aí como diretora, aí trocaram. Ela não passou. Era minha sobrinha que passou ai engancharam ela no lugar da minha sobrinha” (assentado D).

“Acho que o agente já deve ter entrado nessa parte por conhecimento da mãe dele na prefeitura. Ela trabalhou aqui mesmo na escola como merendeira. E a menina, que eu estou dizendo , foi o presidente da associação que disse: “Não prefeito ajeite aí para essa menina fazer um curso e ficar trabalhando aí no posto”. Por ser uma pessoa que podia ter a oportunidade de ajudar a família dela. Não era só que a família dela que precisasse porque todo mundo necessita de um emprego. Não sei porque ele resolveu colocar ela” (assentado A).

Após a seleção foi realizada uma capacitação introdutiva para os assentados que assumiram a vaga de ACS por cerca de quinze dias. No conteúdo da capacitação era contemplado:

“Era passando para gente como, poderíamos trabalhar: informando os casos existentes, como está as famílias, sobre as vacinas, para que servia aquela vacina, nos estimulando assim, no caso, como a gente visitar, de orientar, também no processo ético, sobre ética porque acontece muito de cada visita as pessoas contarem seus problemas pessoais, os problemas que a gente vê lá, a respeito da casa dele...acho que isso aí” (ACS 1).

“Selecionados a gente fez esse treinamento introdutório, uma capacitação, que é uma capacitação de quarenta horas também que eles recebem. Exatamente perguntando, começando: “Do que mais as pessoas adoecem na sua comunidade?” Aí eles citam aquelas doenças. “O que fazer diante dessa situação? No que o agente comunitário pode ser útil? ”. Isso tudo muito resumido porque na verdade ele vai aprendendo no dia-a-dia o que é uma formação contínua, educação continuada, né!?” (representante da coordenação do PSF e da secretaria municipal de saúde).

As distintas racionalidades, a do programa e a do assentamento, que incorporam as dimensões técnico-institucional e a político-comunitária contidas na atuação do ACS se imiscuem e formulam na prática cotidiana, de acordo com as

condições objetivas, um tipo de ACS híbrido. A primeira dimensão apresenta um perfil que predomina as exigências advindas de um sistema de saúde mais técnico e a segunda, um perfil que predomina a preocupação com o coletivo e as demandas de bem-estar da população, mais político (SILVA E DALMASO, 2002). Entretanto, mesmo sabendo que faz parte deste processo de interconhecimento que uma dimensão complemente a outra e algumas vezes uma sobressaia à outra, isto não quer dizer que deva naturalizar-se o fato de que alguns elementos da racionalidade instrumental, como por exemplo, a seleção e imparcialidade, possam ser manipuladas para beneficiar o clientelismo e autoritarismo local, quando na verdade esses e os demais elementos existem para instrumentalizar a ação para o alcance de objetivos de forma eficiente e eficaz.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

No processo de gestão das políticas públicas o Estado e as instâncias que o compõe, a exemplo do município, têm por função fortalecer a dimensão articuladora, catalisadora e promotora dos interesses coletivo no decorrer do processo das políticas públicas. Assim, uma transformação na relação entre Estado e sociedade civil, ocorre na medida em que maiores são as possibilidade dos espaços públicos se configurarem enquanto espaço de interlocução, participação e construção de sujeitos, repercutindo, portanto, na elaboração, gestão e controle dos instrumentos especializados de intervenção para a melhoria das condições e qualidade de vida.

As políticas públicas no Brasil, por sua vez, têm se reconfigurado ao longo dos anos, objetivando a promoção da igualdade na distribuição de recursos. Embora no plano efetivo sejam produzidas e implementadas em proporções limitadas, como ocorre no *campo* das políticas de saúde. Teoricamente há na Constituição de 1988 e nas LOS 8.080/90 e 8.142/90 esta tendência em direção ao aspecto mais universalista e igualitário da organização da proteção social aos cidadãos, mas que efetivamente realizam ações que seguem de forma restrita os padrões aspirados. Mesmo quando tais ações são capilarizadas, inclusive em áreas de assentamento rural, por programas como o PSF que, por sua vez, confronta-se com tensões e racionalidades distintas dos agentes presentes no *campo* de disputas de interesse do assentamento.

Numa perspectiva de análise processual das políticas públicas, concluímos que três aspectos incidem sobre a não efetivação em sua plenitude dos propósitos do PSF de ampliação de espaços de interlocução, participação e construção de sujeitos. O primeiro aspecto é a reprodução no *campo* de Massangana III de uma *crença* a favor do imobilismo. Tal *crença* reproduz a realidade como definida e constituída inclusive no plano simbólico enquanto uma ordem natural, universal e não arbitrária e que legitima as distinções existentes de classificação e hierarquização social. A produção de uma *crença* no *espaço* das políticas públicas faz parte do *jogo* estabelecido entre poder público municipal e assentados. Ao disputarem interesses neste *espaço*, o *jogo* se estabelece na medida em que os *agentes* lutam pela conservação da forma legítima de poder, pela imposição dos critérios de visão do mundo, bem como pela imposição de uma *crença* (*doxa*) como ponto de vista natural e universal. Estando, então, a gestão pública de Cruz do Espírito Santo inserida em um contexto arbitrário, mediadas pelo estabelecimento de

diferentes categorias de pessoas. Assim, a posição da gestão municipal é estrategicamente melhor quando comparada a dos demais *agentes sociais*, já que suas oportunidades de barganha são maiores nas negociações. Isto é, *o espaço* das políticas de saúde retroalimenta condições favoráveis de barganha para a gestão municipal e coloca os demais atores da arena social, no caso os ACS e os assentados que em parte representam, em desvantagem na negociação.

Em seguida o segundo aspecto que não favorece a efetivação dos propósitos do PSF, ressoa das falas dos informantes, que em um conjunto discursam no sentido de avaliar a existência do atendimento médico no PA como sendo central. Centralização a qual se contrapõe o PSF e que corroboram as dificuldades na implantação do novo paradigma de saúde atenta aos aspectos da promoção, da prevenção e de gradativa redução dos atendimentos de urgência. O conhecimento e utilização das práticas sanitárias para identificação e melhoria das condições de saúde a partir do paradigma da produção social e com focos nos aspectos citados é uma concepção difícil de ser alcançada numa perspectiva mais global, inclusive por causa da experiência acumulada com o uso em larga escala dos recursos e técnicas da medicina curativa.

E finalmente o terceiro aspecto, é a secundarização de ações mais simples, como a de informação e de educação para a saúde – preocupação mencionada pelos assentados e central para a realização da promoção, da prevenção e da mobilização – que acabam por denotar a escassez de iniciativas que mobilizem os assentados para resolução de outros problemas que estejam inter-ligados ao processo saúde-doença, como falta de emprego, habitação, saneamento entre outros.

Já no que diz respeito à ampliação do espaço público pelo PSF por meio da atuação do ACS, constatamos que se mostrou comprometida. Uma vez que não houve entre os informantes respostas que indicassem uma eventual captação de proposta integral de trabalho dos ACS em termos técnico-comunitário. Sua atuação foi apresentada como centralizada nas ações para atendimento clínico, não conseguindo concretizar em sua plenitude a aproximação da população com o referido programa e a organização da comunidade para o exercício do controle social dos serviços prestados. As distintas dimensões de sua atuação – uma técnica voltada para as exigências administrativas e outra político-comunitária centrada nas demandas da população assistida pelo programa – compõe esse *agente social* como um tipo híbrido que se formula na prática cotidiana, mas que ao invés de processar o interconhecimento destas dimensões, naturaliza a manipulação de elementos da racionalidade instrumental, como a seleção e

imparcialidade, beneficiando o autoritarismo local. Quando na verdade esses e os demais elementos do conhecimento técnico-administrativo existem para instrumentalizar a ação para o alcance de objetivos de forma eficiente e eficaz.

O ACS ao ser eleito pelo PSF como “elo” entre a equipe de saúde e a comunidade, tem por função concretizar uma das diretrizes do programa: a participação popular. O CMS neste contexto funciona como uma das principais ferramentas para que o agente de saúde efetive o controle ao fomentar o uso do espaço público para interlocução e participação, tornando-se uma importante ferramenta para subsidiar a credibilidade e o reconhecimento necessários à atuação deste ACS.

No caso específico do CMS de Cruz do Espírito Santo, responsável por Massagana III, as especificidades residem na não-neutralidade das exigências técnicas-administrativas da burocracia típica das políticas de saúde. Portanto, os *agentes sociais* que atuam nos *espaços* das políticas públicas são portadores de uma cultura tradicional e não possuem os mesmos instrumentos de decodificação da linguagem, de conteúdos e nem os mesmos mecanismos intelectuais de previsibilidade e de cálculo da cultura considerada como legítima por tais políticas. Produzindo circunstâncias que se traduzem numa desvalorização do saber e do fazer tradicionais do assentamento ao impor uma rotina de atendimento em favor do saber e do fazer socialmente legítimo.

A precariedade do funcionamento do CMS origina informações superficiais e reforça a idéia de obviedade e simplicidade nas questões que envolvem seu funcionamento, corroborando os aspectos de esvaziamento e dissolução do conselho enquanto espaço público. Além de evidenciar a naturalização de traços de *autoritarismo social*, ou seja, de exclusão e reprodução da desigualdade social, tendo em vista que não é possibilitado neste espaço a (re)produção de uma outra *crença* que valorize o saber e o fazer tradicionais do assentamento em detrimento da crença considerada socialmente legítima e universal.

Nesse panorama de articulação entre ACS e CMS, o conselho não se apresenta enquanto espaço de discussão, de convergência de interesses e de responsabilidades, bem como não é instrumentalizado para subsidiar a credibilidade e o reconhecimento necessários à atuação do ACS e para fomentar a mobilização coletiva. Circunstâncias as quais evidenciam que: 1) a atuação do ACS é um alvo fácil a represálias caso não concorde em compactuar com o autoritarismo dos poderes públicos locais, assim como pulveriza e atomiza suas ações, influenciando para que o CMS continue agindo de forma deficiente; 2) o caráter deliberativo do CMS não é exercido em sua plenitude na medida

em que este não consegue funcionar permanentemente com a infra-estrutura e suporte administrativo adequados. E assim sendo, não consegue cumprir seu papel de descentralizar o poder de modo a fomentar a interlocução e a coordenação do controle social sobre as políticas, ocasionando a perda da oportunidade, tanto por parte dos assentados como dos municípios como um todo, de participarem nos processos de decisões e de negociação para o atendimento de reivindicações no ambiente institucional das políticas públicas.

Desse modo tanto a atuação do ACS como a interação desse com o CMS e os assentados não caminha em direção a ampliação da mediação dos direitos de todos e da criação de um espaço de potência do diálogo e da ação, possibilitando um maior controle das políticas sociais. Na verdade reforça o esvaziamento dos papéis do ACS e do CMS e abre espaço para outras formas de arbitrariedade e de estilos políticos autoritários. Na atualidade a interface Estado e sociedade civil na esfera pública assumem posição privilegiada, mas não monopolizadora. Portanto, o papel do Estado e de suas instâncias não deve ser o de monopolizar, mas ampliar a esfera pública, formando uma base forte para pactuar e implementar políticas públicas que visem o desenvolvimento socioeconômico. O Estado deve se manter aberto às necessidades de mudanças na cultura política brasileira, assim como a idéia do cidadão como destinatário das ações estatais, ou seja, como centro de inovação política.

Assim, sabendo que se faz presente uma dimensão política nas políticas públicas, deve-se considerar os problemas dos atores em fazer acordos intertemporais e de assegurar que estes sejam cumpridos. Isto é, os problemas da atuação coletiva para um mesmo fim, já que esta influencia na capacidade de negociação e nas estratégias coletivas. E lembrando que em ambientes políticos pelos quais não perpassam estilos arbitrários os acordos são mais fáceis, portanto, as possibilidades de que políticas públicas com melhor qualidade sejam implementadas são maiores, menos sensíveis a choques políticos e mais adaptáveis às mudanças nas condições econômicas e sociais.

Chegamos à conclusão de que a atuação do ACS reproduz a lógica da estrutura do PSF em detrimento do saber e do fazer local e que a dimensão político-comunitária da atuação deste mostra-se tensionada pela dimensão técnico-institucional, manipulada para atender interesses político-partidários municipais. E, por sua vez, a ausência ou deficiência dos instrumentos de organização e de deliberação, a exemplo do CMS e/ou mecanismos semelhantes, como as Assembleias do assentamento, reforçam tensões presentes na atuação do ACS e o estilo político arbitrário da gestão municipal. Ou seja,

comprovando a nossa hipótese, de que a atuação do ACS não tem possibilitado a ampliação dos espaços públicos como espaço de interlocução e construção de sujeitos. Uma vez que a atuação dos ACS é afetada por estilos políticos arbitrários que limitam as ações de universalização das políticas de saúde. Assim, a atuação efetiva dos ACS de Massangana III está sendo comprometida pelas disputas de interesses entre assentados e a gestão municipal de Cruz do Espírito Santo/PB, a qual, no caso deste último, tende a reconstruir tendências históricas presente nas políticas públicas de nosso país eivadas pelas práticas clientelistas de mandonismos e clientelismo.

Podemos inferir que alcançamos os objetivos traçados por este estudo, primeiramente, o de compreender como o PSF fomenta o processo de mudança social para criação e ampliação de espaços públicos de interlocução e participação. E para tanto, também alcançamos os demais objetivos que norteavam o primeiro, quais seja, a identificação das possibilidades e limitações presentes na atuação do ACS que media a relação programa – assentamento; a compreensão da dinâmica das relações e dos possíveis tensionamentos presentes na atuação do ACS entre os interesses políticos-comunitários dos assentados e os técnicos-institucionais do PSF; a historicização da formação e da participação da comunidade no processo de implementação do PSF em Massangana III e, por fim, a compreensão, a partir da dinâmica do PSF em Massangana III, da inserção deste programa nos assentamentos rurais.

No estudo realizado percebemos que as mudanças na atenção à saúde são impossibilitadas ante a crença no imobilismo, a centralização no atendimento médico e a secundarização de ações de educação em saúde. As possibilidades de atuação do ACS, por sua vez, ante esta conjuntura são limitadas. Embora pudessem se constituir como estratégico na negociação de interesses e demandas dos assentados, tendo em vista que sua ação não encontra respaldo junto ao coletivo assentado, nem há o funcionamento adequado de mecanismos que desempenhem o papel de espaços de negociação, a exemplo dos conselhos.

E sendo a história dos assentados de Massangana III marcada por conflitos com o poder público diante dos interesses político-partidários do município, inclusive na formação do PSF no assentamento, tais conflitos são focados como núcleo de todos os obstáculos existentes na atuação do PSF, embora haja outros fatores que influenciem os conflitos na atenção à saúde no PA Massangana III. Enfim, as relações entre os assentados e a gestão municipal revelam-se desiguais e excludentes, perpassando pela atuação do ACS, principalmente no que diz respeito aos interesses político-comunitários.

Tanto que os interesses técnico-administrativos da atuação do ACS são manipulados, a exemplo da seleção de ACS e do princípio da imparcialidade da burocracia, em favor dos interesses político-partidários da gestão municipal.

Então, mesmo que a inserção do ACS viabilize a assistência à saúde e represente um avanço em direção a um processo de mudança nas políticas de saúde, tal inserção também reproduz o conflito entre *crenças* e a disputa de interesses, o que compromete a atuação estratégica do ACS, bem como os propósitos do PSF enquanto política de promoção social e valorização da vida. A abertura ao processo democratizante parece assumir dois rumos nas políticas de saúde: ou para que se constituam enquanto instrumentos de atendimento de necessidades coletivas com possibilidade de maior participação popular, ou então, para que ocorra o contrário e outras formas de arbitrariedade ou de estilos políticos autoritários existam.

Em síntese, a trajetória de PA Massangana III é marcada pelo clientelismo, pelos conflitos internos, pela dependência dos assentados, pela instabilidade empregatícia do ACS, pela sobrecarga existente nas atribuições deste, pela falta de apoio por parte dos assentados na atuação destes agentes comunitários, pela precariedade de funcionamento do CMS e pela manipulação da racionalidade do programa. Tais fatores compõem o repertório de dificuldades que incidem sobre a atuação do ACS junto ao assentamento e a efetivação dos propósitos do PSF nesta localidade. Corroborando o fato de que é preciso reconhecer a dimensão política do sistema de proteção social, para que assim se expanda à percepção que se tem a respeito dos excluídos que são beneficiados e desse modo haja interesse de fato em diminuir as desigualdades sociais presente no referido sistema.

Entretanto, por maiores que sejam as dualidades, contradições e limites presentes nas ações do PSF, na atuação dos ACS e da atuação deste junto ao CMS, tal experiência permite delinear o desafio que se tem pela frente. Principalmente no que diz respeito ao uso do espaço público como medida de direitos de todos. Permite ainda um modo de interpretar essas experiências democráticas, mesmo que em circunstâncias particulares e ambivalentes.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE EDUCAÇÃO AGRÍCOLA SUPERIOR - ABEAS. **Redes Solidárias**. Tutor: Paulo César Oliveira Diniz: Universidade Federal de Campina Grande, 2005. 88p. il. (ABEAS. Curso Desenvolvimento Sustentável para o Semi-Árido Brasileiro. Módulo 6).

ARENDT, Hannah. Tradução de Roberto Raposo. **A Condição Humana**. 7 ed. Rio de Janeiro:Forense Universitária, 1995

ARISTÓTELES. **A Política**. São Paulo: Martins Fontes, 1998.

ARON, Raymond. Tradução de Sérgio Bath. **As Etapas Do Pensamento Sociológico**. 4 ed. São Paulo: Martins Fontes, 1993.

BANCO INTERAMERICANO DE DESENVOLVIMENTO; DAVID ROCKEFELLER CENTER FOR LATIN AMERICA STUDIES; HARVARD UNIVERSITY; Tradução Banco de Desenvolvimento. **A Política das Políticas Públicas: Progresso Econômico E Social Na América Latina: Relatório 2006**. Rio de Janeiro: Elsevier; Whashington, DC: BID, 2007.

BARREIRA, Irllys Alencar Firmo. **Chuva De Papéis – Ritos E Símbolos De Campanhas Eleitorais No Brasil**. Rio de Janeiro: Relume Dumará: Núcleo de Antropologia Política, 1998.

BARROS, Maria Elizabeth Diniz. **Política De Saúde: A Complexa Tarefa De Enxergar A Mudança Onde Tudo Parece Permanência...** In: CANESQUI, Ana Maria (org). **Ciências Sociais e Saúde**. São Paulo: Hucitec/ABRASCO, 1997.

BOURDIEU, Pierre. **Coisas Ditas**. Tradução Cássia R. da Silveira e Denise Moreno Pegorim. São Paulo: Brasiliense, 2004 a.

_____. **O Poder Simbólico**. 7 ed. Rio de Janeiro: Berthand Brasil, 2004 b.

_____. **Razões Práticas: Sobre A Teoria Da Ação.** 6 ed. Campinas, SP: Papirus, 2005.

_____. **A Produção Da Crença: Contribuição Para Uma Economia Dos Bens Simbólicos.** 3 ed. Porto Alegre: Zouk, 2006

BRASIL, Ministério da Saúde. **Programas de Agentes Comunitários E De Saúde Da Família: PACS E PSF.** Disponível em <http://sna.saude.gov.br/legisla/legisla/prog_pacs_psf/GM_P1886_97prog_pacs_psf.doc> Acessado em 20 de abril de 2006a.

BRASIL, Presidência da República: **Lei 8.080 De 19 De Setembro De 1990.** Disponível em <<http://www.presidencia.gov.br/ccivil/LEIS/L8080.html>> Acessado em 20 de abril de 2006b.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Lei 8.142 De 28 De Dezembro De 1990.** Disponível em <http://conselho.saude.gov.br/legislacao/lei8142_281290.htm> Acessado em 20 de abril de 2006c.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Normas Operacionais Básicas.** Disponível em <http://www.conasems.org.br/Doc_diversos/complementar/NOB96.pdf> Acessado em 20 de abril de 2006d.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Normas De Operacionalização De Assistência A Saúde.** Disponível em <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf>> Acessado em 20 de abril de 2006e.

CARDOSO, Rute Corrêia Leite. **Movimentos Sociais Na América Latina.** Centro Brasileiro de Análise e Planejamento (CEBRAP). RBCS. v.1. n 03. Fevereiro, 1987.

CAVALCANTI, Bianor Scelza; PECCI, Alketa. **Além Da Reforma Do Aparelho Do Estado: Para Uma Nova Política De Gestão Pública.** In: CAVALCANTI, Bianor

Scelza; RUEDIGER, Marco Aurélio; SOBREIRA, Rogério (Orgs.). **Desenvolvimento E Construção Nacional: Políticas Públicas**. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2005.

CUNHA, J.P.P.; CUNHA, R.E. **Sistema Único de Saúde: Princípios**. Cadernos de Saúde Pública. Belo Horizonte: 1998. Disponível em < <http://www.scielo.com.br>> Acessado em 05 de abril de 2006.

DAGNINO, Evelina. **Os Anos 90: Política E Sociedade No Brasil**. São Paulo: Brasiliense, 1994.

_____. **Sociedade Civil E Espaços Públicos No Brasil**. São Paulo: Paz e Terra, 2002.

DIAS, Edmundo Fernandes. **Para Uma Introdução À Reflexão Weberiana**. Campinas: IFCH/Unicamp, Textos Didáticos, 1997 (nº 1).

DIAS, L.C. e LIMA DA SILVEIRA, R.G. (org). **Redes, Sociedades e Territórios**. 2 ed. Santa Cruz do Sul: EDUNISC, 2007.

DOMINGUES, José Maurício. **Entrevista / José Maurício Domingues**. Disponível em <<http://www1.folha.uol.com.br/fsp/mundo/ft3012200714.htm>> (Acessado em 20 janeiro de 2008)

DRAIBE, Sonia Miriam. **O 'Welfare State' No Brasil: Características E Perspectivas**. In: **Ciências Sociais Hoje, 1989**. São Paulo: Vértice. Editora Revista dos Tribunais, ANPOCS, 1989a. Anuário publicado pela Associação Nacional de Pós-graduação e Pesquisa em Ciências Sociais.

_____. **Há Tendências E Tendências: Com Que Estado De Bem Estar Social Haveremos De Conviver Neste Fim De Século?** Caderno de Pesquisa do Núcleo de Estudos de Políticas Públicas – NEPP. São Paulo: Unicamp, 1989b, n.10. Disponível em <<http://www.nepp.unicamp.com.br/Cadernos/Cadernos10.pdf>> (Acessado em 05 de abril de 2006).

_____. **Qualidade De Vida E Reformas De Programas Sociais: O Brasil No Cenário Latino-Americano.** In: **Lua Nova: Revista De Cultura E Política.** São Paulo: Centro de Estudos de Cultura Contemporânea - Cedec, 1993. n.31 – quadrimestral.

ECHEVERRI, Rafael; RIBEIRO, Maria Pilar. **Ruralidade, Territorialidade E Desenvolvimento Sustentável.** Tradução de Dalton Guimarães. Brasília: IICA, 2005.

EVANS, Peter. **O Estado Como Problema e Solução.** In: **Lua Nova: Revista De Cultura E Política.** São Paulo: Centro de Estudos de Cultura Contemporânea - Cedec, 1993. n.31 – quadrimestral.

FARIA, Vilmar Evangelista. **Brasil: Compatibilidade Entre A Estabilização E O Resgate da Dívida Social.** In: **Cadernos Adenauer 1: Pobreza E Política Social.** São Paulo: Fundação Konrad Adenauer, 2000.

GALVÃO DE FRANÇA, C.; SPAROVEK, Gerd (Coord). **Assentamentos Em Debate.** Brasília: Ministério do Desenvolvimento Agrário: Núcleo de Estudos Agrários e Desenvolvimento Rural, 2005 (Nead Debate; 8).

GEERTZ, Clifford. **A Interpretação Das Culturas.** Rio de Janeiro: Livros Técnicos e Científicos, 1989.

GEERTZ, Clifford. JOSCELYNE, Vera Mello (tradução). **O Saber Local: Novos Ensaios Em Antropologia Interpretativa.** 4 ed. Petrópolis: Vozes, 2001.

GRAZIANO DA SILVA, J. **A Globalização Da Agricultura.** Disponível em <http://www2.ufpa.br/ppgss/Aulas/Texto_Glob_Agric.pdf>(Acessado em 20 setembro de 2007)

HALL, Peter A.; TAYLOR, Rosemary C. R. **As Três Versões Do Neo-Institucionalismo.** In: **Lua Nova: Revista De Cultura E Política.** São Paulo: Centro de Estudos de Cultura Contemporânea - Cedec, 2003. n.58 – quadrimestral.

JACOBI, Pedro. **Movimentos Sociais E Políticas Públicas: Demandas Por Saneamento Básico E Saúde: São Paulo, 1974/84.** São Paulo: Cortez, 1989.

JUSTINO, José Filho. **A Reinvenção Do Controle Social Na Gestão de Políticas Públicas: O Caso Dos Conselhos Municipais De Saúde Na Paraíba.** Campina Grande/PB: Março, 2006, 329p.(Tese de Doutorado em Sociologia da UFCG).

LAZZARETTI, Miguel Ângelo. **Ação Coletiva em Assentamentos De Reforma Agrária: Processos De Organização Sos Trabalhadores Rurais.** Cascavel: Edunioeste, 2003. (Coleção Thésis).

LEITE, Sergio; HEREDIA, Beatriz; MEDEIROS, Leonilde (2004). **Impacto dos Assentamentos: Um Estudo Sobre O Meio Rural Brasileiro [et al.].** Brasília: Instituto Interamericano de Cooperação para a Agricultura: Núcleo de Estudos Agrários e Desenvolvimento Rural. São Paulo: UNESP.

MAGALHÃES, Nara Maria Emanuelli. **O Povo Sabe Votar: Uma Visão Antropológica.** Petrópolis: Vozes, 1998.

MARQUES, Eduardo Cesar. **Notas Críticas À Literatura Sobre Estado, Políticas Estatais E Atores Políticos.** In: **BIB: Revista Brasileira De Informação Bibliográfica Em Ciências Sociais.** Rio de Janeiro: 1997. n 43 – 1º. semestre.

MENDES, Eugênio Vilaça. **Uma Agenda Para A Saúde.** 2 ed. São Paulo: Hucitec, 1999.

MENDONÇA, Ana Valéria Machado; SOUSA, Maria de Fátima Machado. **Dez Anos De PSF Em Campina Grande: O Sentido E O Fazer – Suas Vozes.** In: Revista do Centro Brasileiro de Estudos em Saúde – CEBES. Rio de Janeiro: CEBES, 2004.

MENEGON, Vera Mincoff. **Por Que Jogar Conversa Fora?Pesquisando No Cotidiano** In: SPINK, Mary Jane P.(Org.). **Práticas Discursivas E Produção De**

Sentidos No Cotidiano: Aproximações Teóricas E Metodológicas. 2 ed. São Paulo: Cortez, 2000, p. 215-241.

MINAYO, Maria Cecília de Sousa (Org.). **Pesquisa Social: Teoria, Método e Criatividade.** 4 ed. Petrópolis: Vozes, 1994.

MUNDO LIVRE S/A. **Muito Obrigado.** Disponível em < <http://mundo-livre.letas.terra.com.br/letas/565230/>> Acessado em 25 de setembro de 2007.

NEVES, Delma Pessanha. **Os Dados Quantitativos E Os Imponderáveis da Vida Social.** In: Revista de Ciências Sociais e Econômicas - Raízes, Campina Grande: UFPB, v. 17, n. 17, p. 64-78, jun., 1998.

NUNES, Brasilmar Ferreira. **Weber, Simmel e Wirth: A Cidade E O Cidadão Na Sociedade De Mercado.** In.: COELHO, M.F, Bandeira, L. e Menezes, M. L(Orgs.). **Política, Ciência e Cultura em Max Weber.** Brasília. São Paulo: Editora Universidade de Brasília/ Imprensa Oficial do Estado, 2000.

OUTWAITE, Willian. BOTTOMORE, Tom. Tradução de Eduardo Francisco Alves e Álvaro Cabral. **Dicionário Do Pensamento Social Do Século XX.** Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1996.

PALMEIRA, Moacir Gracindo Soares. **Casa E Trabalho: Nota Sobre As Relações Sociais Na Plantation Tradicional.** CONTRAPONTO: 1977, v. 2, n. 2.

PARAÍBA, Secretaria Estadual de Saúde. **Formação Técnica do Agente Comunitário de Saúde: Etapa Formativa I.** João Pessoa: Centro Formador de Recursos Humanos, 2006.

PARSONS, Talcott. **O Sistema das Sociedades Modernas.** Série Biblioteca das Sociedades Modernas. São Paulo: Pioneira, 1984.

PINHEIRO, Vinícius C. **Modelos de Desenvolvimento e Políticas Sociais Na América Latina Em Uma Perspectiva Histórica.** In: **Planejamento e Políticas**

Públicas, v.1, n.1, jun. 1989. Brasília: Instituto de Pesquisa Econômica e Aplicada – (IPEA), 1995. v. – semestral.

RUBIM, Antonil Albino Canelas. **Comunicação & Política**. São Paulo: Hacker Editores, 2000.

RUEDIGER, Marco Aurélio; RICCIO, Viante. **O Novo Contrato Social: Desenvolvimento E Justiça Em Uma Sociedade Complexa**. In: CAVALCANTI, Bianor Scelza; RUEDIGER, Marco Aurélio; SOBREIRA, Rogério (Orgs.). **Desenvolvimento E Construção Nacional: Políticas Públicas**. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2005.

SADER, Emir; GENTILI, Pablo. **Pós-Neoliberalismo: As Políticas Sociais E O Estado Democrático** (Orgs.) Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1995.

SANTOS, Boaventura de Souza. **Des-democratização**. Disponível em <<http://www.ces.uc.pt/opiniaao/bss/191pt.php>> Acessado em 20 de janeiro de 2008.

SPAROVEK, Gerd. **A Qualidade Dos Assentamentos Da Reforma Agrária Brasileira**. São Paulo: Páginas & Letras, 2003.

SILVA, Edmilson Guimarães da (1998). **Evolução Das Políticas Públicas No Brasil, Concepção E Implantação Do SUS E Modelos de Assistência Á Saúde Em Campina Grande/PB**. Campina Grande: UFPB, 123p. (Dissertação).

SILVA, Joana Azevedo e DALMASO, Ana Silva Whitaker. **Agente Comunitário De Saúde: O Ser, O Saber E O Fazer**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2002.

SILVA, M.J.; RODRIGUES, R.M (2002). **O Agente Comunitário De Saúde No Processo De Municipalização Da Saúde**. *Revista Eletrônica de Enfermagem* (on line), Goiânia, v.2, n.1, jan/jun. 2000. Disponível em <<http://www.fen.ufg.br/revista>> (Acesso em Acesso em 02 de novembro de 2006)

TELLES, Vera da Silva. **Pobreza e Cidadania: Precariedade e Condições de Vida.** In: **Terccirização, Diversidade e Modernidade No Mundo do Trabalho.** João Pessoa: Hucitec, 1994.

_____. **Direitos Sociais: Afinal Do Que Se Trata?** Belo Horizonte: Ed. UFMG, 1999.

THÉRET, Bruno. **As Instituições Entre As Estruturas E AS Ações.** In: **Lua Nova: Revista De Cultura E Política.** São Paulo: Centro de Estudos de Cultura Contemporânea - Cedec, 2003. n.58 – quadrimestral.

TOURAINÉ, Alain. Tradução de Guilherme João de Freitas Teixeira. **O Que É A Democracia?** 2 ed. Petrópolis: Vozes, 1996.

VASCONCELOS, Eymard Mourão. **A Priorização da Família Nas Políticas De Saúde.** In: Revista do Centro Brasileiro de Estudos em Saúde – CEBES. Rio de Janeiro: CEBES, nº 53, v. 23.

VILLALOBOS, Verônica Silva. **O Estado De Bem-Estar Social Na América Latina: Necessidade De Redefinição.** In: **Cadernos Adenauer 1: Pobreza e Política Social.** São Paulo: Fundação Konrad Adenauer, 2000.

WANDERLEY, Maria de Nazaré Baudel. **Olhares Sobre o Rural “Brasileiro”** In: **Raízes: Revista De Ciências Sociais E Econômicas.** v.1, n.1, jun-dez. 1982. Campina Grande: Universidade Federal de Campina Grande/ Programa de Pós-Graduação em Sociologia – (UFCG/ PPGS), 1982 – semestral.

WANDERLEY, Maria de Nazaré Baudel (Org.). **Globalização E Desenvolvimento Sustentável: Dinâmicas Sociais Rurais No Nordeste Brasileiro.** São Paulo: Polis; Campinas, SP: Ceres – Centro de Estudos Rurais do IFCH – Unicamp, 2004.

WEBER, Max; H.H. Gerth; C. Wright Mills (Orgs), Tradução de Waltensir Dutra. **Ensaio de Sociologia.** Rio de Janeiro: Zahar, 1964

WHITAKER, Dulce C. A. **Sociologia Rural: Questões Metodológicas Emergentes.**
Presidente Vintelau, São Paulo: Letras à Margem, 2002.

ANEXOS

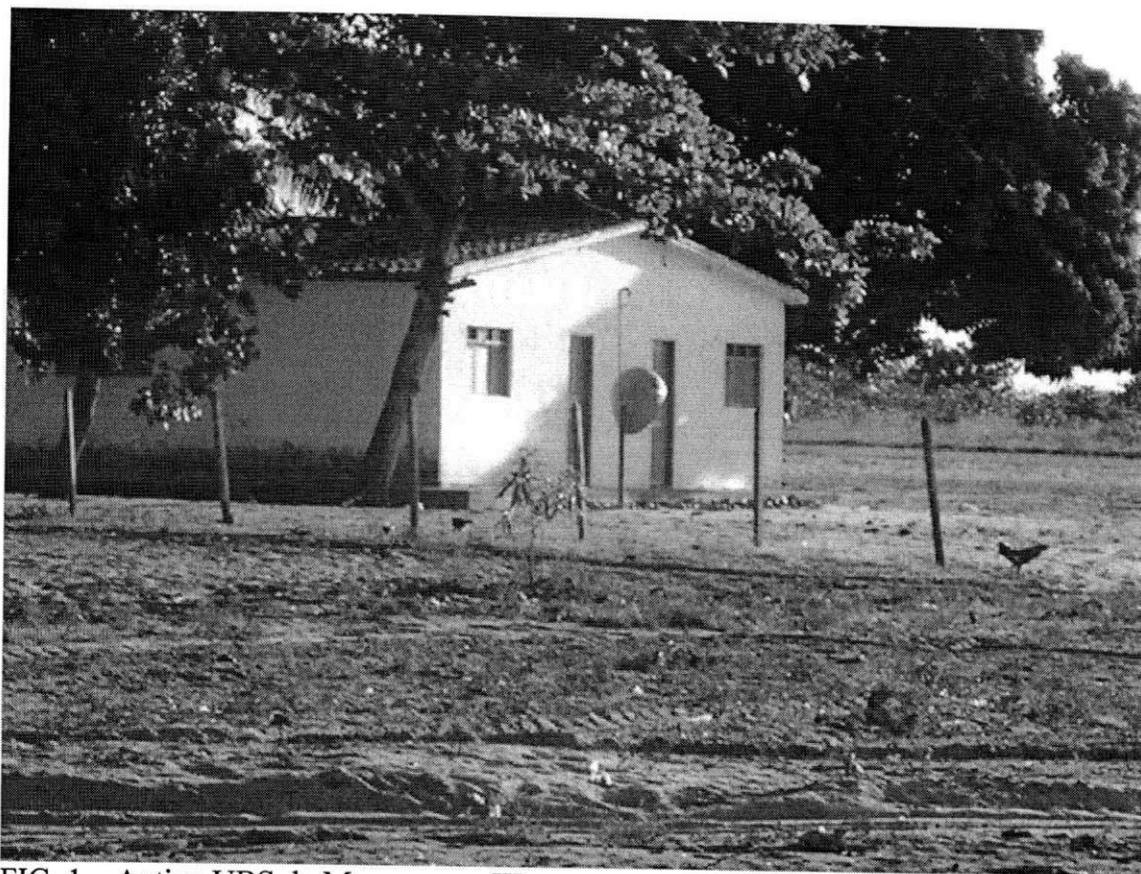


FIG. 1 – Antiga UBS de Massangana III



FIG. 2 – Instalações internas da antiga UBS de Massangana III

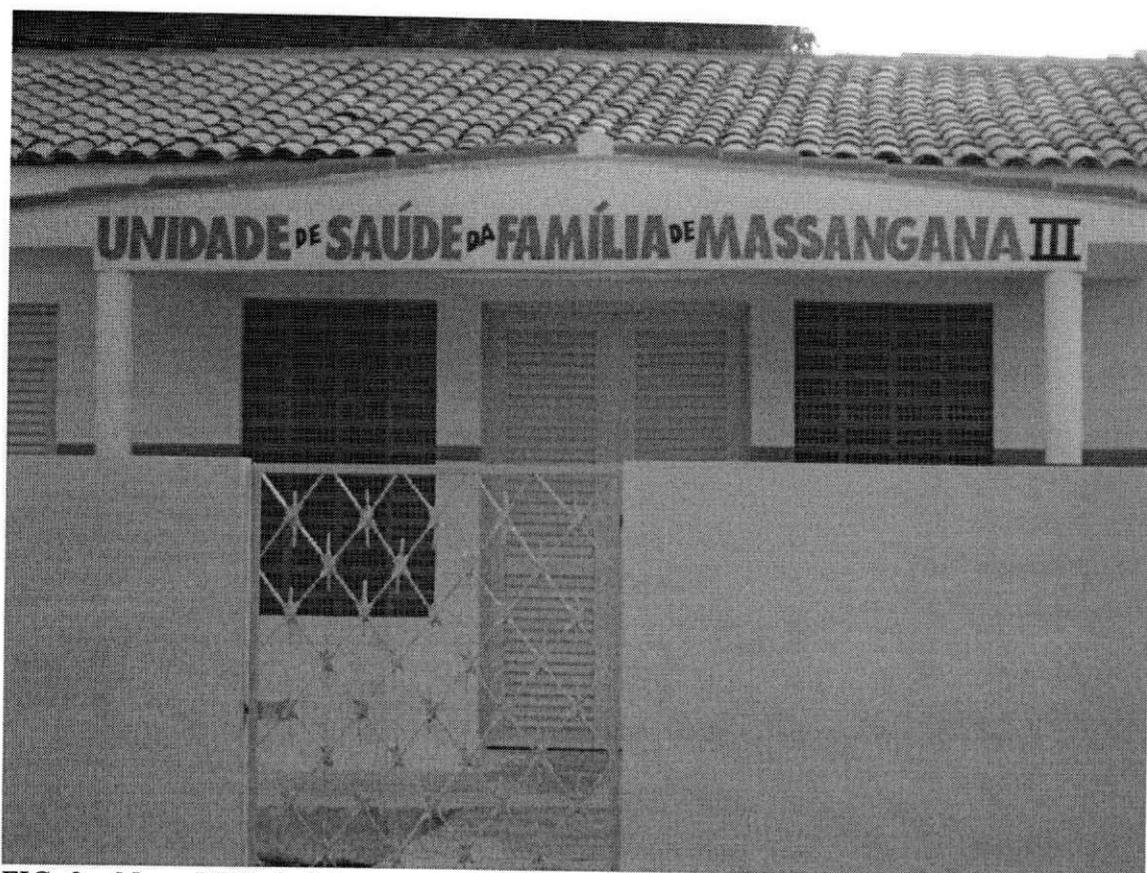


FIG. 3 – Nova UBS de Massangana III

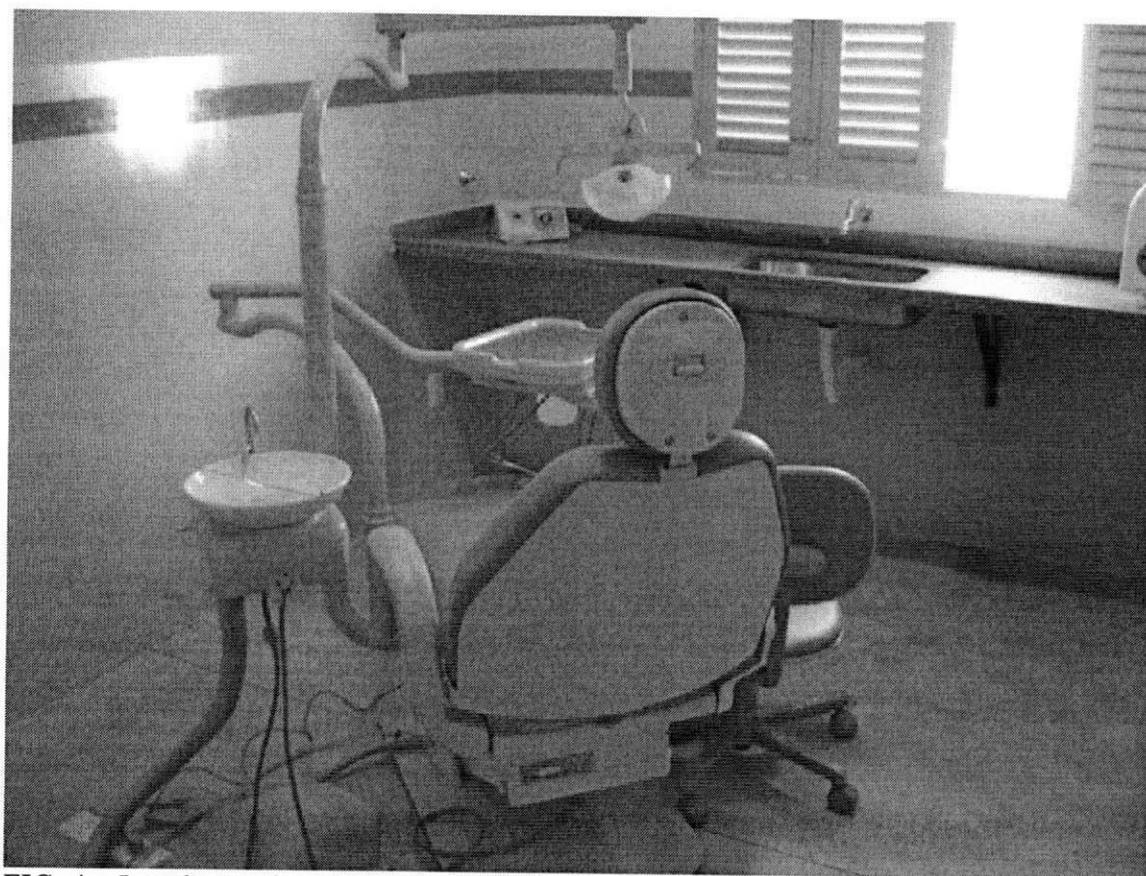


FIG. 4 – Instalações internas da nova UBS de Massangana III



FIG. 5 – O dia da inauguração da nova UBS de Massangana III



Fig. 6 – A festa de inauguração da nova UBS de Massangana III