

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE - UFRN  
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS, LETRAS E ARTES - CCHLA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS SOCIAIS - PPGCS  
DISSERTAÇÃO DE MESTRADO**

**Clidenor Barreto da Silva Filho**

**PRÁTICAS CLIENTELISTAS E DÁDIVAS COMO ESTRATÉGIAS DE  
HEGEMONIA POLÍTICA: UMA ANÁLISE SOBRE O CAMPO DA SAÚDE EM  
MOSSORÓ-RN**

**Orientadora: Dr<sup>a</sup> Lore Fortes**

**Natal – RN**

**2011**

**Clidenor Barreto da Silva Filho**

**PRÁTICAS CLIENTELISTAS E DÁDIVAS COMO ESTRATÉGIAS DE  
HEGEMONIA POLÍTICA: UMA ANÁLISE SOBRE O CAMPO DA SAÚDE EM  
MOSSORÓ-RN**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação  
em Ciências Sociais – PPGCS como requisito parcial para  
a obtenção do título de Mestre em Ciências Sociais.

Orientadora: Dr<sup>a</sup> Lore Fortes

Natal – RN

2011

Seção de Informação e Referência  
Catalogação da Publicação na Fonte. UFRN / Biblioteca Central Zila Mamede

Silva Filho, Clidenor Barreto da

Práticas clientelistas e dádivas como estratégias de hegemonia política: uma análise sobre o campo da saúde em Mossoró / Clidenor Barreto da Silva Filho. – Natal, RN, 2011.

126f.

Orientador: Lore Fortes.

Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes. Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais.

1. Campo da saúde – Dissertação. 2. Clientelismo político – Dissertação. 3. Dádiva – Dissertação. 4. PACS/PSF – Dissertação. 5. Hegemonia Política – Dissertação. I. Fortes, Lore. II. Universidade Federal do Rio Grande do Norte. III. Título.

RN/UF/BCZM

CDU 3:614.2

**CLIDENOR BARRETO DA SILVA FILHO**

**PRÁTICAS CLIENTELISTAS E DÁDIVAS COMO ESTRATÉGIAS DE  
HEGEMONIA POLÍTICA: UMA ANÁLISE SOBRE O CAMPO DA SAÚDE EM  
MOSSORÓ-RN**

Banca Examinadora:

---

Prof. Dr<sup>a</sup> Lore Fortes

(Presidente da mesa examinadora)

---

Prof. Dr<sup>o</sup> Edmilson Lopes Júnior

(Examinador interno)

---

Prof. Dr<sup>o</sup> Vanderlan Francisco da Silva

(Examinador externo)

---

Prof. Dr<sup>o</sup> Lincoln Moraes de Souza

( Professor Suplente)

Data da Aprovação: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Dedico este trabalho a minha querida esposa Maria  
Lima (Rosa) e ao meu estimado filho Heitor Barreto  
pelo afeto e reciprocidade em todos os momentos.

## **AGRADECIMENTOS**

Agradecimento especial a Maria de Nazaré Lima Alves pelo acolhimento e atenção sem os quais teria sido impossível a realização desse trabalho.

A CAPES pela bolsa de estudo providencial para a realização desta pesquisa e minha permanência na cidade do sol durante o mestrado.

Aos secretários do PPGCS da UFRN Otânio Revoredo e Jefferson Lopes pela atenção e apreço dispensadas ao longo do curso.

Aos colegas de mestrado Glauco Smith e Rainolenes Melo pela amizade e incentivo.

Aos colegas do grupo de pesquisa Paulo Ricardo e Núbia Alves pela amizade e incentivo.

A orientadora e amiga Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup> Lore Fortes pela paciência e incentivo durante todo o percurso da construção da pesquisa.

Ao professor Dr. Edmilson Lopes pelas contribuições relevantes na qualificação do trabalho.

Ao professor Dr. Antonio Spinelli pela atenção e apontamentos teóricos relevantes sobre o campo da sociologia política.

Ao professor Dr. Lincoln Moraes pelas contribuições relevantes na qualificação do trabalho.

Aos professores do Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais da UFRN com quem compartilhei debates e reflexões sobre a vida e a ciência da sociedade.

Aos professores da UERN - Osimar Gomes, Gilcélia Góis e Ana Moraes pelo incentivo e amizade compartilhados ao longo do curso.

Aos colegas de turma com os quais compartilhei momentos de aprendizagem e debates sobre as perspectivas e o lugar das Ciências Sociais no mundo contemporâneo.

Agradeço aos profissionais de saúde, gestores e agentes políticos (sujeitos da pesquisa) que gentilmente contribuíram para a realização dessa pesquisa.

As amigas Wênia, Francineide e Missilene pelo apoio e compreensão providenciais nos momentos difíceis.

“Deixemos que cada homem faça saber que tipo de governo mereceria seu respeito e este já seria um passo na direção de obtê-lo”.

Henry David Thoreau

## RESUMO

A realidade vivenciada por inúmeras famílias e indivíduos que buscam e necessitam dos serviços do Sistema Único de Saúde – SUS, as relações entre usuários, profissionais de saúde, e representantes políticos, instituem o cerne da problemática que norteia à escolha e o interesse deste estudo sobre a proeminência das práticas clientelistas e dádivas que permeiam o campo da saúde. A pesquisa se pauta na análise e reflexão da relação intrínseca entre o campo da saúde e o campo político. Analisa o campo da saúde e sua relação com a dinâmica e os desdobramentos do cenário político local relacionando-o a implantação dos programas de saúde PACS/PSF no município de Mossoró-RN que remete ao período entre 1991-2010. Inscreve-se em uma perspectiva metodológica de abordagem qualitativa. Os instrumentos metodológicos e técnicas utilizadas pautaram-se em entrevistas semi-estruturadas, observação direta do campo, textos jornalísticos e fontes documentais. A construção e problematização do objeto da pesquisa fundamentou-se em aportes teóricos de autores que discutem o campo social e poder simbólico: Bourdieu (2005); relações clientelistas e dádivas a partir de trocas assimétricas: Rouland (1997), Lanna (1995), Martins (1999), Carvalho (1999), Diniz (1982); exercício da hegemonia e estratégia política em autores que analisam essa temática: Gramsci (1995), Coutinho (1981) e Gruppi (1978). Ademais, a pesquisa estabeleceu diálogos com autores que versam sobre a dinâmica da política brasileira como Baquero (2001) e Weffort (1993). Os dados coletados foram submetidos a uma análise qualitativa de conteúdo. Os resultados evidenciaram que com a implantação dos programas PACS/PSF no município supracitado o campo da saúde consolidou-se como um cenário essencial para o exercício da hegemonia política das facções que dominam esse contexto sociopolítico, redimensionando as práticas clientelistas, entretanto, sem modificar as estruturas de poder no âmbito deste cenário social.

Palavras-chave: Campo da saúde. Clientelismo político. Dádiva. PACS/PSF. Hegemonia política.

## ABSTRACT

The reality experienced by many families and individuals who seek and require the services of the Unified Health System - SUS, the relationships between users, health professionals, and political representatives, establishes the core of the issue that guides the choice and interest of this study concerning the prominence of clientelist practices and gifts that permeate the health field. The research is based on the analysis and reflection of the intrinsic relationship between the health and political fields. It analyses the health field and its relationship with the dynamics and developments of the local political scenario relating it to the implementation of the Family Health Program and Community Health Agents Program (PACS/PSF health programs) in the city of Mossoró, State of Rio Grande do Norte which refers to the period 1991-2010; and falls into a methodological perspective of qualitative approach. The methodological tools and techniques used were based on semi-structured interviews, direct observation of the field, journalistic texts and documentary sources. The construction and questioning of the object of the research were based on theoretical contributions from authors discussing the social field and symbolic power: Bourdieu (2005); clientelist relationships and gifts from asymmetric exchanges: Rouland (1997), Lanna (1995), Martins (1999), Carvalho (1999), Diniz (1982); exercise of hegemony and political strategy from authors who analyse this subject: Gramsci (1995), Coutinho (1981), and Gruppi (1978). Furthermore, the research has established dialogues with authors who address the dynamics of Brazilian politics such as Baquero (2001) and Weffort (1993). The collected data were subjected to qualitative content analysis. The results showed that with the implementation of the PACS/PSF programs in the aforementioned city, the health field has established itself as a key scenario for the exercise of political hegemony of the factions that dominate this socio-political context, resizing clientelist practices, however, without modifying the power structures within this social scenario.

Keywords: Health field. Political clientelism. Gift. PACS/PSF. Political hegemony.

## **LISTA DE SIGLAS**

ABRASCO - Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

ACS - Agente Comunitário de Saúde

AIS - Atos Institucionais

CAP – Caixas de Aposentadorias e Pensões

CAPES - Centro de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior

CAPS – Centro de Apoio Psicossocial

CEAP- Centro de Educação e Assessoramento Popular

CIB - Comissão Intergestores Bipartites

CIT - Comissão Intergestores Tripartite

CEBES - Centro Brasileiro de Estudos da Saúde

DEM – Democratas (antigo PFL)

DNSP - Departamento Nacional de Saúde Pública

ESF – Estratégia Saúde da Família

GES – Gerência Executiva da Saúde

HRTM – Hospital regional Tarcísio Maia

HUOL- Hospital Universitário Onofre Lopes

IAP – Institutos de Aposentadorias e Pensões

INPS – Instituto Nacional de Previdência Social

LOPS - Lei Orgânica da Previdência Social

MPAS - Ministério da Previdência e da Assistência Social

MS - Ministério da Saúde

NOAS - Norma Operacional de Assistência à Saúde

PACS - Programa de Agentes Comunitários de Saúde

PAS - Programa de Agentes de Saúde

PIB- Produto Interno Bruto

PMN – Partido da Mobilização Nacional

PSB – Partido Socialista Brasileiro

PSTU - Partido Socialista dos Trabalhadores Unificados

PSF - Programa Saúde da Família

PT – Partido dos trabalhadores

SUDS - Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde

SUS - Sistema Único de Saúde

SIAB - Sistema de Informação da Atenção Básica

UBS - Unidade Básica de Saúde

UFRN - Universidade Federal do Rio Grande do Norte

UPA – Unidade de Pronto Atendimento

## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>12</b>
<b>1 - SISTEMA DE SAÚDE NO BRASIL: AVANÇOS, CONTRADIÇÕES E DESAFIOS.....</b>	<b>24</b>
1.1 - Notas históricas sobre os dilemas da saúde pública no Brasil.....	24
1.2 - A Saúde Comunitária como modelo de Atenção à Saúde.....	46
1.3 - O Sistema Único de Saúde e a descentralização das políticas de saúde no Brasil.....	48
1.4 - Perspectivas de um novo paradigma na Saúde Pública no Brasil.....	51
<b>2 - O FENÔMENO DO CLIENTELISMO E O CAMPO DA SAÚDE PÚBLICA...</b>	<b>54</b>
2.1- Considerações sobre o fenômeno do clientelismo político.....	54
2.2 - A saúde como mercadoria de trocas sociopolíticas.....	58
2.3 - Relações clientelísticas e a saúde como dádiva simbólica.....	64
<b>3 - PROGRAMAS DE SAÚDE PACS/PSF E A DINÂMICA DO CAMPO POLÍTICO.....</b>	<b>73</b>
3.1 - Arranjos Teóricos Sobre a Concepção de Campo Social.....	31
3.2 - Programas de Agentes Comunitários de Saúde e Estratégia Saúde da Família no município de Mossoró-RN.....	76
3.3 - O campo político e a saúde pública em Mossoró-RN.....	80
3.4 - Novos agentes políticos: o campo da saúde como cenário de projeção política?.....	91
<b>4 - CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>101</b>
<b>5- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>109</b>
<b>APÊNDICES.....</b>	<b>120</b>
<b>APENDICE A – ROTEIRO PARA REALIZAÇÃO DAS ENTREVISTAS.....</b>	<b>121</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>122</b>

## INTRODUÇÃO

A área da saúde pública no Brasil, durante o extenso período que deu origem a criação oficial do sistema de saúde brasileiro e do Ministério da Saúde no século XX, é marcada por contradições, avanços, e, enfaticamente, por desigualdades concernentes ao acesso à assistência à saúde e a tecnologias inerentes ao conhecimento científico e intervenções necessárias ao diagnóstico, tratamento e cura de doenças. Nesse sentido, o controle e utilização de instituições públicas de saúde por governos e grupos políticos, motivados em manter-se e, de projetar novos agentes neste campo de poder, é racionalmente permeado por trocas, dádivas, e práticas clientelistas que implica em seletividade social e segregação, provocando a dependência de famílias, profissionais de saúde, e estratos sociais heterogêneos a patronos e representantes políticos, descaracterizando o SUS como um sistema público descentralizado e uma instância vital nos processos de construção da cidadania social, no fortalecimento da sociedade através da participação política e da democracia como o sistema político que rege o Estado brasileiro.

A problemática das práticas clientelistas no setor da saúde, entretanto, não se configura como um fenômeno novo na sociedade brasileira. Na década de 1950, o Brasil permanecia como um dos países com os maiores índices de doenças e enfermidades do mundo. O Ministério da Saúde funcionava com dificuldades operacionais e técnicas, escassez de verbas, e, por frequentes intervenções na política oficial de saúde por partidos e lideranças políticas; em outros termos: as práticas clientelistas no campo da saúde pública. Conforme Bertolli Filho (2000, p. 41):

Os partidos ou os líderes políticos trocavam ambulâncias, leitos hospitalares, profissionais da saúde e vacinas – muitas vezes em números superiores a demanda de uma região – por votos e apoio nas épocas eleitorais. Ao mesmo tempo, outras áreas permaneciam totalmente sem assistência médico-sanitária. Com esse tipo de interferência política, importantes projetos de saneamento eram interrompidos, além de ser constante a substituição dos ministros da saúde. Nas duas primeiras décadas de atuação, essa pasta teve 19 titulares.

No processo de reorientação da política de saúde coletiva no Brasil os desafios impostos pelas transformações das sociedades modernas no mundo globalizado, isto é, as mudanças políticas, socioeconômicas e culturais atentam para a construção de novos arranjos institucionais que contemple a cidadania dentro de um Estado de direito e democrático. A

construção desses novos arranjos institucionais mobiliza grupos de trabalhadores da saúde, partidos políticos, técnicos e pesquisadores, e a sociedade civil, que representam em tese a busca por um ideal de cidadania social no cotidiano.

A construção desses novos arranjos institucionais mobiliza segmentos heterogêneos da sociedade, de um lado, a emergência de novos movimentos sociais representados por grupos feministas, de categorias profissionais, grupos étnicos, ambientalistas, etc., (CASTELLS, 2007; GOHN, 1995; SADER, 1988) que colocam na agenda governamental suas demandas por direitos civis, discriminação, igualdade de gênero e de oportunidades. De outro lado, por grupos de trabalhadores que apresentam suas demandas por trabalho, renda, educação, saúde, e, não obstante, resistem à perversa flexibilização dos direitos trabalhistas, precarização, e terceirização dos serviços característicos da política econômica neoliberal (ANTUNES, 2000). Para Baquero (2001, p. 101) “o neoliberalismo consegue, portanto, algo inédito, qual seja, sem destruir as instituições democráticas, submetê-las aos seus interesses e utilizá-las como instrumentos de dominação e enriquecimento ilícito”.

Na região Nordeste do Brasil a hegemonia de grupos políticos consolida-se, sobretudo, pela predominância de famílias que se reinventam em mitos e alegorias e dominam grande parte da imprensa (redes de comunicação), dos setores comerciais e de serviços, incluindo o setor saúde, um setor estratégico para prevalência de grupos políticos por tratar-se daquilo que mais fragiliza e sensibiliza o ser humano que é a vida. As dificuldades de acesso aos serviços de saúde resultantes de uma demanda reprimida e da burocratização administrativa comprometem e/ou induz a muitas famílias a buscarem alternativas não institucionalizadas pelo sistema de saúde, na medida em que o sistema não apresenta em sua plenitude as resoluções necessárias às demandas produzidas pela população (BERTOLLI FILHO, 2000).

A pressão política para se atender algum afilhado ou apadrinhado, amigo ou indicado, tem sido um dos critérios práticos mais utilizados para se passar nas imensas filas de espera. É a prevalência da troca de favores, do clientelismo [...] utilizando a organização pública como se fosse a propriedade privada de quem atende, ou seja, o patrimonialismo. Esse tipo de atendimento não deixa de ser uma privatização do público (FALEIROS, 1997, p. 03).

A heterogeneidade das demandas por serviços de saúde e as dificuldades de acesso relacionadas, principalmente, a procedimentos e exames de média e alta complexidade redimensiona as relações entre as famílias e a classe política local, desenhando um mosaico de trocas assimétricas ancoradas nas práticas clientelistas e dádivas simbólicas que reveste o

campo da saúde como um campo sagrado de “*dívida divina*”. Lanna (1995) destaca que Marcel Mauss ao enunciar o aspecto sagrado da dívida divina, não elimina, por conseguinte, os aspectos “profano” ou “econômico” imbricados nessas relações ao lembrar que a dívida divina pode ser de um modo geral retribuída com trabalho e devoção; esta segunda categoria não se reduz a dimensão religiosa podendo se reportar a idéia de fidelidade. Conforme Bourdieu (1989), todo capital simbólico em última instância se converte em capital econômico e político. Na análise de Diniz (1982, p. 217):

Na relação clientelista, é essencial o papel do político, enquanto mediador, entre as demandas e as decisões capazes de atendê-las. Os mecanismos impessoais e universalistas de canalização e processamento de demandas cedem lugar a vínculos de cunho pessoal entre líderes e sua rede de indivíduos ou grupos subordinados.

A prática do clientelismo político na esfera da saúde, na medida em que segrega o acesso aos serviços e assistência à saúde pública reproduz um ciclo de dependência da sociedade aos interesses e dominação social dos governos locais, ao passo que a saúde é transformada em mercadoria de trocas e barganhas do poder público por apoio político e sufrágios em períodos de embates e concorrência eleitorais (BERTOLLI FILHO, 2000).

O fenômeno da doença como causa de sofrimento e desencanto existencial é explorado ao seu extremo por agentes sociais e grupos políticos que reconhecem na fragilidade psicossocial dos processos saúde/doença a necessidade procedente dessa problemática social, transformando-a em um caminho promissor para a projeção e construção de uma imagem carismática e paternalista daqueles que almejam perpetuar-se no poder estatal ou inserir-se nesse campo de poder político e econômico.

Santos (1987), em sua obra “Cidadania e Justiça: a política social na ordem brasileira” apresenta a concepção de cidadania participativa como uma alternativa de ação política substitutiva à ideia de uma cidadania regulada que prevaleceu durante os períodos da formação histórica do país desde sua colonização pelo Império Lusitano, avançando pelos períodos do Brasil Império, República Velha, Proclamação da República, Estado Novo, República Federativa, Regime Autoritário dos militares, culminando na Redemocratização do estado brasileiro.

Cabe ressaltar, entretanto, a legitimidade do Estado como indutor e regulador da cidadania regulada que em seu exercício excluía e segregava estratos populacionais de categorias de trabalhadores não regulamentados pela Confederação das Leis Trabalhistas -

CLT, como os profissionais da área doméstica, rural, comerciantes informais, dentre outros, acrescidos da invisibilidade dos desempregados e impossibilitados para o mercado de trabalho. Os grupos sociais elencados vivenciaram durante séculos e décadas a negação do direito ao acesso à assistência à saúde e a previdência social no que concerne a aposentadoria e pensões. (NUNES *et al*, 2002; OLIVEIRA & TEIXEIRA, 1986; SANTOS, 1987).

A estreita relação entre o campo da saúde e o campo político tem se evidenciado como um espaço de construção de trajetórias políticas por parte de profissionais de saúde e outros agentes sociais vinculados a este campo que se inserem nos cenários políticos regionais e locais, sobretudo, nas cidades do interior do Brasil na qual se observa a cada novo pleito eleitoral um aumento significativo de profissionais vinculados a área da saúde, em sua maioria, médicos nas disputas eleitorais pelo governo dos poderes executivo e legislativo dos municípios e estados das mais variadas regiões do país.

Ademais, o enfoque adotado neste estudo está orientado na análise das práticas clientelistas e dádivas no campo da saúde pública. A pesquisa se pauta na análise da relação intrínseca entre o campo da saúde e o campo político local. Objetiva analisar e refletir sobre o campo da saúde e sua relação com a dinâmica e os desdobramentos do cenário político local. Nessa perspectiva, analisa a dinâmica do campo político relacionando-o a implantação dos programas de saúde PACS/PSF.

No processo de descentralização da saúde pública no Brasil a partir de 1988, com a promulgação da Constituição Federal e a proposição da lei orgânica da saúde 8080/90 e 8142, consolidou-se a criação do Sistema Único de Saúde – SUS, resultante de um longo processo de debates e reivindicações impulsionados pelo Movimento da Reforma Sanitária, sindicatos, movimentos sociais e associações populares, e um bloco político favorável à democratização da assistência à saúde como um direito constitucional, legando ao Estado Federativo o compromisso de assegurar os investimentos necessários, a integralidade e o acesso universal às instituições públicas e serviços de saúde, (BRASIL, 2000).

Segundo Jacobi (2002), a concepção política do Sistema Único de Saúde – SUS em seu cerne objetiva implantar reformas e adequações ancoradas em uma política de saúde universalizante, constituída por princípios que consolidem a cidadania social, inclusão e participação da sociedade na construção de um Estado democrático e laico, de forma a permitir o acesso universal à assistência à saúde, a equidade, a integralidade das ações e serviços de saúde, e a participação da sociedade na construção de diretrizes e proposições de políticas públicas de saúde e no exercício do controle social, respeitando as práticas culturais,

o contexto ambiental e socioeconômico de cada região do país. Nesse contexto, o modelo de saúde comunitária se fortaleceu, possibilitando a implantação de programas de caráter preventivo e educativo com a perspectiva de promover ações e políticas orientadas, prioritariamente, para a saúde coletiva. A criação de programas de saúde como o Programa de Agentes Comunitários – PACS (1991) e o Programa Saúde da Família - PSF (1994), representam o ápice da introdução das experiências com a medicina preventiva no Brasil; na atualidade, compõe uma estratégia de intervenção de política de saúde: a Estratégia Saúde da Família.

A relação entre agentes políticos que possuem formação acadêmica na área das ciências da saúde, como médicos e outros profissionais que possuem vínculos, empresas, negócios, *lobbies*, e outros interesses político-econômicos com a área da saúde, configura-se como uma realidade acentuada a cada novo pleito eleitoral em âmbito nacional, regional, mas, sobretudo, local. De acordo com o Tribunal Regional Eleitoral – (TRE), no ano de 2008 dentre os três segmentos profissionais que mais participaram e obtiveram êxito nas campanhas eleitorais estão as classes dos empresários, advogados, e “médicos”. Portanto, “é na correspondência de estrutura e estruturante que se realiza a função propriamente ideológica do discurso dominante” (BOURDIEU, 2005, p. 14). Essa realidade pressupõe a área da saúde como um território socioestrutural relevante dessa estreita relação entre o campo político e o campo da saúde.

No município de Mossoró-RN, desde a década de 1990, o poder executivo tem sido governado por agentes políticos vinculados à área da saúde: médico (a) e enfermeiro (a). Na esfera do poder legislativo alguns profissionais de saúde e/ou empresários e sujeitos que mantêm algum tipo de vínculo com o setor da saúde, obtiveram êxito em campanhas que remete ao período do estudo, inserindo-se na conjuntura política local. Isso não significa, obviamente, uma leitura reducionista e determinista isolando aspectos e variáveis relevantes desse cenário marcado por famílias tradicionais, exposição midiática, e robusta estrutura econômica e político-partidária.

O município supracitado localiza-se na mesorregião oeste do estado do Rio Grande do Norte, microrregião salineira e na região semi-árida do Nordeste brasileiro. Com uma população de 259.886 habitantes (IBGE, 2010), é considerado o segundo município de maior população e economia do Estado, e o maior em termos de território geográfico. Sua área geográfica abrange 2.100 Km<sup>2</sup> representando 3,9 da área total do Estado do Rio Grande do Norte (IPEA, 2005). Limita-se ao norte com os municípios de Tibau, Grossos, e o Estado do

Ceará; ao sul com os municípios de Upanema e Governador Dix-Sept Rosado, ao leste com os municípios de Serra do Mel, Areia Branca e Assu; e ao oeste com o município de Baraúnas.

Está posicionado geograficamente entre duas capitais nordestinas. Apresenta uma distância aproximada de 275 Km de Natal, capital do Estado do Rio Grande do Norte, e a 270 Km de Fortaleza, capital do Estado do Ceará. O acesso entre as duas cidades e o município supracitado se dá pela BR-304 uma das principais rodovias dessa região.

Considerado como um dos principais polos econômicos da região o município de Mossoró destaca-se economicamente pela produção de petróleo, vindo a ser o maior produtor desse recurso natural em via terrestre no país, o que lhe assegura o pagamento mensal de *royalties* pela Estatal Petróleo Brasileiro S. A. - Petrobrás. Ademais, o município é reconhecido como o maior produtor de sal marinho do país, destacando-se ainda na produção e exportação de frutas tropicais e no setor de turismo de eventos e negócios. O seu IDH – M é de 0,735 obtido pela média aritmética simples de três sub-índices, referentes às dimensões longevidade, educação e renda (FEMURN, 2011). O seu PIB per-capito está orçado para o ano de 2011 em 3 bilhões e 200 milhões de reais.

De acordo com o IPEA (2009), o município apresenta um clima quente e semi-árido, com temperaturas médias anuais oscilando entre 36,0 °C (máxima) a 21,0 °C (mínima), sendo o seu período de chuvas compreendido entre os meses de Fevereiro e Abril, entretanto, marcado por extrema irregularidade de chuvas. As dificuldades de acesso à água potável é comum, sobretudo, na zona rural, aspecto que dificulta o desenvolvimento econômico local e a qualidade de vida das comunidades que habitam este território social. Conforme a Gerência Executiva de Saúde do município (2009), 14.760 habitantes compõem a área rural, tendo como principal fonte de renda a agricultura de subsistência.

Com relação à distribuição populacional o município apresenta taxas de crescimento equilibradas entre os sexos, apontando uma pequena margem de vantagem para as mulheres. Atualmente em números absolutos, o município de Mossoró possui cerca de 134.192 mil pessoas do sexo feminino e 125.694 mil pessoas do sexo masculino. Fonte: (IBGE/IPEA, 2010).

A distribuição por faixa etária populacional demonstra que 32% da população mossoroense possui entre 0 e 15 anos de idade, a população acima dessa faixa etária e dentro da faixa etária considerada como grupo populacional em idade ativa esse número representa o percentual de 81% da população total do município; a população considerada idosa representa 9,3% do total populacional. O IDH - longevidade é de 0, 739 obtido a partir do indicador

esperança de vida ao nascer, considerando os limites inferior e superior que são equivalentes a 25 e 85 anos, respectivamente. (FEMURN, 2011)

Do ponto de vista da distribuição espacial o município possui oficialmente 29 bairros em seu território urbano, registrando uma maior concentração populacional nos bairros: Abolição (10,64%), Alto de São Manoel (9,25%), Santo Antonio (8,7%), Barrocas (8,06%), Lagoa do Mato (6,71%), Aeroporto (5,85%), Bom Jardim (5,47%) e Santa Delmira (5,47%). Os bairros supracitados compreendem 60% da população urbana deste município correspondendo a 29,6% do território geográfico do município (IPEA, 2005). Recentemente, a câmara municipal do município aprovou, mediante decreto-lei, a criação do 30º bairro da cidade o “Bela Vista”, entretanto, cabe ressaltar que o número de sub-bairros e favelas como territórios urbanos não oficializados pelo poder público, ultrapassam os quantitativos dos bairros oficiais.

A proposição que fundamenta a realização desse estudo, objetiva a análise e reflexão do campo da saúde no município de Mossoró-RN e sua relação com a dinâmica e os desdobramentos do cenário político local; analisar a expansão da rede de serviços de saúde e sua correlação com a implantação dos programas PACS/PSF; analisar e refletir sobre a dinâmica do campo político relacionando-o a implantação dos programas de saúde PACS/PSF no período correspondente entre 1991/2010; identificar os mecanismos e de que forma as demandas por saúde são solucionadas ou não, quando o sistema de saúde não apresenta as resoluções instituídas para essas problemáticas.

A reflexão acerca dessa breve ilustração do contexto apresentado norteou a formulação de uma questão que permeia o universo da análise da pesquisa. A sua problemática e a delimitação do estudo consistem em analisar e interpretar, a partir de um referencial teórico e um modelo de análise, se a implantação dos programas de saúde PACS/PSF potencializou o campo da saúde como um espaço de projeção para o campo político? Partindo dessa premissa, outros pressupostos e questões apresentaram-se como norteadores deste estudo. Dentre outras questões que nortearam a pesquisa elencou-se: qual a influência da implantação dos programas de saúde PACS/PSF sobre as práticas clientelistas no campo da saúde? Quais os mecanismos e de que forma as demandas por saúde são solucionadas ou não, quando o sistema de saúde não apresenta as resoluções instituídas para essas demandas reprimidas? Que sujeitos estão envolvidos nos processos de socialização das resoluções das demandas por saúde à margem da formalização institucional inerente ao sistema de saúde? Como são instituídas as trocas de favores entre instituições, agentes políticos, e a sociedade? O que está

em jogo nas trocas efetivadas entre os agentes sociais imbricados nesse sistema e campo social?

Assim, o estudo parte do pressuposto de que com a implantação dos programas PACS/PSF em Mossoró - RN, o campo da saúde consolidou-se como um cenário essencial para o exercício da hegemonia política das facções que dominam esse território sociopolítico, redimensionando as práticas clientelistas, entretanto, sem modificar as estruturas de poder no âmbito desse cenário social.

O interesse em desenvolver uma pesquisa sobre o campo da saúde, privilegiando os aspectos políticos e socioculturais com o enfoque na problemática do clientelismo político, surgiu ainda na graduação quando iniciei em 2004 o curso de Bacharelado em Ciências Sociais na Universidade do Estado do Rio Grande do Norte - UERN, em Mossoró-RN. Naquela conjuntura acadêmica, não foi possível desenvolver um projeto de investigação científica que norteara a relação teoria e prática, bem como a inserção no campo de pesquisa, seleção dos sujeitos e demais aspectos teórico-metodológicos.

Não obstante, a complexidade que envolve essa temática não favoreceu, naquela circunstância, a realização de um estudo sobre esse aspecto marcante da cultura brasileira. Por outro lado, a trajetória percorrida para retornar e impulsionar novamente o interesse por essa temática no mestrado em Ciências Sociais na Universidade Federal do Rio Grande do Norte – UFRN, ocorreu mediante debate acadêmico, isto é, nas mudanças suscitadas nas etapas da pré-qualificação e, em um segundo momento, na qualificação do trabalho. Cabe ainda ressaltar que durante as leituras e disciplinas estudadas progressivamente a idéia de retomar essa temática foi criando forma e diante da possibilidade de investir nessa perspectiva sem, no entanto, abdicar do lócus do estudo, em conjunto esses aspectos influenciaram para a escolha e investimento nessa seara.

Outro aspecto determinante na construção do objeto de pesquisa diz respeito a minha inserção enquanto profissional de saúde (ACS) no âmbito da saúde pública no município supracitado. A vivência e experiência que a Equipe Saúde da Família me proporcionou, como educador em saúde, contribuíram, objetivamente, para o interesse em investir na pesquisa relacionada ao campo da saúde. Os problemas identificados e compartilhados com as famílias das comunidades, marcaram de modo significativo o olhar e a percepção acerca da dinâmica que (des) organiza o campo da saúde pública local, permeado por desigualdades no acesso aos serviços, intervenções assistencialistas de agentes políticos e abuso da máquina pública no uso

das instituições de saúde, em suporte aos interesses político-econômicos de facções políticas que dominam esse território urbano.

Ao contrário do que muitos pesquisadores iniciantes pensam, a inserção no campo da pesquisa nem sempre é facilitada, pelo fato do investigador fazer parte ou interagir dentro de um campo específico comunitário por exemplo, e pertencer a uma categoria profissional ou grupo social. Sobretudo, quando o objeto da pesquisa e o tema correlato contrariam interesses, provoca tensões ou alude criticamente sobre determinadas práticas sociais que predominam e determinam as regras do jogo instituídas no interior daquele campo social. A experiência empírica dessa pesquisa comprovou isso.

Se por um lado a minha inserção neste campo se deu mediante a vivência como profissional de saúde (ACS) no lócus do estudo, condição que facilitou estabelecer alguns contatos e observações, de outro, suscitou desconfiança e insegurança de alguns profissionais sujeitos da pesquisa sobre o conteúdo e intencionalidade do estudo. Conforme Velho (1978), em situação análoga é necessário transformar as impressões familiares em exóticas, se distanciar e exercitar a renúncia das pré-noções e preconceitos incorporados *a priori*.

Cabe ao pesquisador compreender a resignação de uma infinidade de agentes sociais em participar de uma pesquisa de caráter científico, de debates e conversas sobre temáticas que desagradam grupos ilustres e figuras notáveis, especialmente quando exercem liderança na esfera econômica e no campo político. Por outro lado, percebe-se o interesse de outros sujeitos da pesquisa em se posicionar e emitir um discurso crítico sobre a saúde pública, debater sobre os problemas e deficiências pertinentes a este setor e expressar indignação com a intervenção oportunista e, por vezes, perversa, dos representantes políticos nas instituições públicas de saúde.

A pesquisa se inscreve em uma perspectiva de método dedutivo cuja abordagem metodológica é de natureza qualitativa. Para Richardson (1999) a pesquisa qualitativa permite, através da entrevista com os sujeitos, uma condição privilegiada para a construção de uma interação entre o pesquisador e os sujeitos da pesquisa, através da captação da alocação do entrevistado onde estão presentes suas crenças, preconceitos, valores, afinidades ou repulsa sobre algum fenômeno social. É possível organizar uma gama de informações e impressões que auxiliaram na análise e interpretação do problema de pesquisa investigado.

As entrevistas exploratórias têm, portanto, como função principal, revelar determinados aspectos do fenômeno estudado em que o investigador não teria espontaneamente pensado por si mesmo e, assim, completar as pistas do trabalho

sugeridas pelas suas leituras. Por esta razão, é essencial que a entrevista decorra de forma muito aberta e flexível (QUIVI & CAMPENHOUDT, 1998, p. 69).

Para Alves-Mazotti & Gewandsnajder (1999, p. 148) “nos estudos qualitativos a coleta sistemática de dados deve ser precedida por uma imersão do pesquisador no contexto a ser estudado”. Nesse sentido, convém registrar a utilização da observação não-estruturada do campo da pesquisa como técnica que contribuiu para seleção, coordenação e interpretação do fenômeno estudado. O período correspondente a observação do campo, seleção dos sujeitos da pesquisa e aplicação das entrevistas de tipo semi-estruturada ocorreu entre março e julho de 2011. Os instrumentos metodológicos empregados na análise e interpretação dos dados pautou-se na análise qualitativa de conteúdo manifesto ou por enunciação, técnica que auxiliou na reflexão e interpretação das unidades de análise. Conforme Laville & Dione (1999, p. 214) “a análise de conteúdo permite abordar uma grande diversidade de objetos de investigação: atitudes, valores, representações, mentalidades, ideologias”. Outros recursos utilizados na análise desse estudo foram jornais de circulação diária, documentos e registros acerca da implantação dos programas de saúde, além de dados e informações relacionadas a economia e aspectos demográficos e sociais relativos ao contexto socioespacial do estudo. Para Foucault, (2005, p.171):

O discurso é o caminho de uma contradição a outra: se dá lugar às que vemos, é que obedecem à que está oculta, analisar o discurso é fazer com que desapareçam e reapareçam as contradições, é mostrar o jogo que nele elas desempenham; é manifestar como ele pode exprimi-las, dar-lhes corpo, ou emprestar-lhes uma fugidia aparência.

Os sujeitos e interlocutores que contribuíram para a execução da pesquisa foram profissionais de saúde que integram a Equipe Saúde da Família e suas distintas categorias profissionais: agente comunitário e técnico (a) de enfermagem, enfermeiro (a) e médico (a). Complementaram o seletivo grupo de entrevistados profissionais de saúde membros do Conselho Municipal de Saúde, gestores, e representantes políticos e sindicais. Os critérios elencados na seleção dos sujeitos da pesquisa pautaram-se na escolha de agentes sociais que atuam profissionalmente no campo da saúde no lócus do estudo do período correspondente entre 1991/2010 e que transitam no cenário político local mantendo vínculos com partidos e

representantes políticos. Nesse sentido, os sujeitos da pesquisa pertencem aos quadros políticos ou são simpatizantes de partidos como: DEM, PSB, PT, PMN, PSTU, entre outros.

Ademais, cabe informar que o projeto de pesquisa que norteou o estudo em lócus foi encaminhado e submetido à avaliação do colegiado do Comitê de Ética em Pesquisas do Hospital Universitário Onofre Lopes – HUOL na Cidade do Natal-RN, tendo sido aprovado por este comitê. Outrossim, durante a realização das entrevistas foi apresentado e explicitado aos sujeitos participantes os objetivos e informações pertinentes ao estudo. Para os interlocutores foi esclarecido que a autorização para a realização de cada entrevista tem garantia de ser livre e que as informações fornecidas serão tratadas anonimamente, com o cuidado de se preservar a imagem do entrevistado e a instituição sediadora, obedecendo às diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa, de acordo com a resolução n° 196/96, de 10 de Outubro de 1996.

As sucessivas etapas do estudo foram acompanhadas pela pesquisa bibliográfica que possibilitou discutir e aprofundar o conhecimento acerca das categorias de análise, como relações clientelistas e dádivas a partir de trocas assimétricas: Rouland (1997); Lanna (1995), Martins (1999); Carvalho (1999); Diniz (1982) entre outros, seletividade social e segregação no campo da saúde como espaço de poder e dominação política e simbólica referenciado em Bourdieu (2005) Além disso, estabelecemos outros diálogos sobre a dinâmica da política brasileira com Baquero (2001) e Weffort (1993).

O presente trabalho está estruturado em três capítulos. O primeiro capítulo intitulado “*Sistema de saúde no Brasil: contradições, avanços e desafios*”, apresenta uma descrição, mediante resgate histórico, acerca da criação do Sistema de Saúde Pública no Brasil e suas distintas formas de adaptação aos sucessivos regimes políticos e governos que, ao longo de séculos, marcaram o (re) descobrimento e pilhagem do território do estado brasileiro. Nessa sessão dialogamos com alguns autores como Bertolli Filho (2000), Paim (2009), Giovanella *et al* (2008), Oliveira & Teixeira (1996), dentre outros autores.

O segundo capítulo discorre sobre o fenômeno do clientelismo e suas formas de existência em períodos históricos distintos em sociedades pré-capitalistas e modernas. Buscando-se correlacionar as relações clientelistas e dádivas numa dimensão assimétrica, com enfoque no campo da saúde, além disso, aborda a dimensão simbólica e a posição dos agentes sociais no interior desse campo social à luz de um referencial teórico de autores como Pierre Bourdieu (2005); Marcos Lanna (1995) e Norbet Rouland (1997).

A discussão que permeia o terceiro capítulo intitulado “*Programas de saúde PACS/PSF e a dinâmica do campo político*” abordamos e descrevemos sobre a fundamentação e implantação dos programas de saúde PACS/PSF no estado brasileiro, em seguida situamos a recente história da implantação desses programas no município de Mossoró-RN lócus do estudo analisado. Concomitante a isso, aborda-se o cenário político local e sua relação com o campo da saúde, problematizando e discutindo sobre a projeção política de novos agentes políticos neste campo, suas estratégias eleitorais e práticas sociais com vistas à hegemonia política e o fortalecimento econômico da oligarquia política dominante neste território social.

Finalmente, as considerações finais e conclusões dessa pesquisa apontam as nuances e desdobramentos da dinâmica entre o campo da saúde e o cenário político local, contribuindo para a compreensão das formas de desigualdades e arbitrariedade política que legitimam a hegemonia de facções políticas na região nordeste, ancoradas em práticas sociais que são reproduzidas de uma geração de mandantes a outros herdeiros desse capital simbólico, cuja eficácia simbólica se alimenta em uma superestrutura de poder econômico e nos intramuros de uma fortaleza de poder quase intransponível segundo os cânones do jogo democrático na correlação de forças e lutas no campo político. Em suma, busca-se compreender os processos sociopolíticos e culturais relacionados ao campo da saúde, isto é, processos que estão inscritos direta ou indiretamente nas próprias práticas clientelistas e dádivas neste campo social.

## **1 - O SISTEMA DE SAÚDE NO BRASIL: AVANÇOS, CONTRADIÇÕES E DESAFIOS**

O objetivo, no capítulo inicial desse estudo, visa descrever mediante resgate histórico, a criação do Sistema de Saúde Pública no Brasil e suas distintas formas de adaptação aos sucessivos regimes políticos e governos que ao longo de séculos marcaram o (re) descobrimento e pilhagem do território do estado brasileiro. Períodos que perpassam temporalmente o seu marco histórico, que se inicia no Brasil Colônia e prossegue até o final da segunda metade do século XX, especificamente nas duas últimas décadas deste século e que nos remete à redemocratização política do país culminando na promulgação da Constituição Federal de 1988, correlacionada à criação do Sistema Único de Saúde – SUS com auxílio das leis 8080/90 e 8142 que especificam os princípios e diretrizes que orientam e legitimam o SUS.

### **1.1 - Notas históricas sobre os dilemas da saúde pública no Brasil**

O dilema da saúde pública no Brasil e sua raiz histórica remontam primordialmente ao período secular em que o país esteve submetido à dominação do império lusitano. O sistema de saúde brasileiro ao longo de suas transformações remete-nos a períodos históricos distintos. No período correspondente entre a Colônia e o Império e entre os séculos XVI - XIX, a organização sanitária no Brasil teve como parâmetro a metrópole portuguesa (PAIM, 2009).

Ao ser transformado em colônia da metrópole portuguesa no século XVI as primeiras descrições sobre as terras brasileiras levadas para a corte portuguesa pelos colonizadores acerca das condições climáticas, diversidade da fauna e da flora, da abundância de águas e fontes puras, da força e agilidade de seus primeiros habitantes índios, convergiam para a representação de um paraíso salutar, ideal para a exploração de riquezas naturais e para a permanência de seus colonos.

As belas imagens das paisagens e impressões iniciais de um ambiente saudável e seguro, entretanto, fora substituída já no século XVII por uma representação inversa, ou seja, a colônia portuguesa ficou conhecida em todo continente europeu como um lugar inseguro para se viver. A escassez material e os conflitos com os indígenas, primeiros habitantes desse

continente, configuravam-se como obstáculos para a sobrevivência dos colonos. Contudo, as maiores dificuldades eram ocasionadas pelas frequentes doenças e epidemias que vitimavam os escravos africanos, colonizadores e indígenas.

Nesse contexto, eram raros os profissionais médicos que aceitavam transferir-se para a colônia portuguesa. As enfermidades de um modo genérico eram tratadas pelos curandeiros negros e indígenas, e em menor escala por boticários e padres jesuítas. Em 1746, em todo o território dos atuais estados de São Paulo, Paraná, Mato Grosso, Mato Grosso do Sul e Goiás, havia apenas seis médicos graduados em universidades européias (BERTOLLI FILHO, 2000, p. 06).

Os raros serviços médicos eram caríssimos, ademais os métodos utilizados no tratamento de doenças como a sangria e os purgantes eram indesejáveis e extremamente desconfortáveis para a maioria da população. Desse modo, a maior parte da população dos mais variados estratos sociais optavam pelos remédios populares, métodos de tratamentos e ensinamentos dos curandeiros negros e indígenas. As orientações médicas tradicionais eram consideradas atípicas e eram mais aceitas em épocas de fortes epidemias como os surtos de varíola, febre amarela e cólera.

No início do século XIX, com a mudança da família real e da corte portuguesa para a cidade do Rio de Janeiro, então, capital do país e principal porto de entrada e exportação de produtos, a administração pública colonial implementou um conjunto de ações sanitárias com vistas a promoção de rigorosas mudanças sobre a imagem desse território considerado insalubre e bárbaro pela sociedade européia; a cidade foi transformada no centro das atenções sanitárias. Nesse mesmo período foram criados por ordem real os primeiros centros de formação de medicina do país, respectivamente as academias médico-cirúrgico do Rio de Janeiro em 1813 e da Bahia em 1815. Em 1829, foi criada a Imperial Academia de Medicina que passou a ser responsável pelas ações sanitárias e a organização das questões ligadas à saúde pública nacional (MEIHY & BERTOLLI FILHO, 1990).

Os cargos de físico-mor e cirurgião-mor foram implantados na então colônia e nova residência da nobreza lusitana. A saúde pública passou a ser responsabilidade dos municípios que eram representados por delegados. Neste ínterim, fora criada a Junta de Higiene Pública, e no período correspondente ao Império, novas reformas foram implementadas, dentre estas foram criadas a Inspeção Geral da Higiene e dos Portos e de um Conselho Superior de Saúde Pública (PAIM, 2009).

As recorrentes epidemias eram combatidas pela ação comunitária local através de grupos comunitários, profissionais de saúde e da câmara de vereadores. Entretanto, as decisões importantes eram tomadas no âmbito do governo central. A centralização de poder decisório pelo governo central, por seu lado, mostrou-se incapaz no controle das frequentes epidemias e não assegurava a assistência necessária, sobretudo para as camadas mais pobres da população que dependia exclusivamente da caridade cristã ou filantropia das Santas Casas de Misericórdia.

Este período foi marcado pela incidência de duradouras epidemias que ceifaram centenas de milhares de vidas causadas por doenças como a febre amarela e varíola. Não obstante, a criação de uma Junta de Higiene Pública cuja função pautava-se na promoção, vigilância e inspeção dos portos e outros lugares públicos, mostrou-se pouco eficaz, na medida em que os médicos do império não tinham conhecimento das causas e de como exercer um controle sobre essas epidemias.

A fragilidade das medidas sanitárias levava a população a lutar por conta própria contra as doenças e a morte. Em casos mais graves, os doentes ricos buscavam assistência médica na Europa ou nas clínicas particulares que começaram a ser criadas na região serrana fluminense. Para os pobres restavam, sobretudo, os curandeiros negros, que continuavam a ser os principais responsáveis pelo tratamento dos que tinham pouco dinheiro. Além disso, os doentes tinham de ser internados nos raros hospitais públicos e nas santas casas. [...] a fase imperial da história brasileira encerrou-se sem que o estado solucionasse os graves problemas de saúde da coletividade (BERTOLLI FILHO, 2000, p. 10).

As Santas Casas de Misericórdia criadas ainda no século XVI eram efetivamente uma das poucas opções para a assistência da população pobre. Todavia, o seu funcionamento médico precário e o ambiente insalubre associados à frágil eficiência dos serviços, comumente, resultava num expressivo número de pacientes mortos. Esse quadro legava a essa instituição filantrópica credibilidade questionável e receio da população.

As primeiras matrizes das Santas Casas de Misericórdia foram fundadas na cidade de Santos em 1543, e posteriormente em outros estados e cidades como São Paulo, Rio de Janeiro e Bahia. Conforme Paim (2009), a criação das Santas Casas de Misericórdia teve como finalidade à assistência da grande massa de pobres e indigentes, uma vez que a classe dos militares era assistida e cuidada por famílias tradicionais portadoras de bens e riquezas em cada região, quando necessário eram tratados por cirurgiões-militares em hospitais da

irmandade pagos pelo governo da colônia. As pessoas que tinham recursos pagavam por serviços médicos particulares e eram assistidos em domicílio e em hospitais diferenciados.

Nos idos da segunda metade do século XIX as ações de saúde foram atribuídas aos Estados, entretanto, o governo central criou a Diretoria Geral de Saúde Pública em 1897 para deliberar sobre questões de vigilância sanitária nos portos marítimos e em outras especificidades. Durante o período da República Velha (1889-1930), a concepção do pensamento liberal que prevalecia sobre o Estado brasileiro, justificava a não-intervenção do governo sobre a questão da saúde dos indivíduos abrindo os caminhos para a iniciativa privada. A organização sanitária estava centralizada e desordenada. Assim, “este não sistema foi formado ao longo do século XX, tendo como marca principal a separação entre as ações de saúde pública e a assistência médico-hospitalar” (PAIM, 2009, p. 28).

Na realidade, no período compreendido entre o Brasil Colônia e a República Velha os serviços e ações de saúde não se caracterizavam como um sistema de saúde pública. A assistência médico-hospitalar estava restrita às camadas nobres e famílias ricas; a população em geral de trabalhadores livres e de escravos estava excluída dessa rede de serviços particulares. Com a criação das Casas de Misericórdia almejou-se assistir, de alguma forma, a doença dos pobres e indigentes até então ignorada pelo Estado.

A idéia de modernização do Estado brasileiro embalada pelo advento histórico da Proclamação da República em 1889, motivados pelos ideais positivistas de “ordem e progresso” reconheceu a necessidade de atualização da economia e da organização social. Neste ínterim, o território brasileiro é ainda considerado “região bárbara” pela comunidade européia, e, portanto, para se modernizar de acordo com a ideologia positivista, era necessário espelhar-se no modelo de desenvolvimento das nações ricas e civilizadas alterando definitivamente a história e a imagem do país.

Conforme Bertolli Filho (2000), a inserção do modelo de produção capitalista no Estado brasileiro redefiniu a concepção de saúde coletiva e individual, ao passo e que as funções produtivas são reconhecidas como principal fonte de produção de riquezas. Assim, a medicina assume um papel vital dentro do processo de modernização do Estado brasileiro, mais especificamente acerca das questões sanitárias e da saúde dos trabalhadores como capital essencial para o projeto de desenvolvimento econômico e a produção de riquezas no país.

Durante a República Velha, iniciou-se no Brasil a formação de um campo de pesquisa voltado para a prevenção de doenças e formas estratégicas de atuação em situações de surtos epidêmicos. A medicina moderna fundada pelos médicos franceses Louis Pasteur (1822-1895)

e Claude Bernard (1813-1878), revolucionou os conceitos e métodos de combate a doenças infecciosas na medida em que comprovaram cientificamente que inúmeras doenças eram causadas por micróbios específicos dando origem a duas áreas de estudo que se tornaram substancialmente relevantes para o campo da medicina: a bacteriologia e a fisiologia. As faculdades de medicina brasileiras inicialmente refutaram as idéias propagadas pela emergente medicina moderna seguindo a concepção tradicional de que os surtos epidêmicos eram causados por miasmas, conforme a tradição das teorias miasmáticas. Ao serem superadas as divergências entre as idéias tradicionais e modernas em razão das experiências científicas exitosas definiu-se, portanto, a saúde pública ou medicina sanitária endossada pela criação de um núcleo de pesquisa comprometido com pesquisas sobre doenças epidêmicas que atingiam toda a coletividade. Assim, nasce a política de saúde no Brasil (BERTOLLI FILHO, 2000).

A compreensão da importância da saúde coletiva para o setor produtivo por parte do Governo Republicano elevou inúmeros profissionais da área médica a ocuparem cargos importantes na administração pública. A desorganização dos serviços de saúde, no início da República Velha (1890-1900), contribuiu para a incidência de novos surtos epidêmicos. Além das conhecidas enfermidades causadas por doenças como a varíola, febre amarela e cólera, milhares de pessoas foram vitimadas pela peste bubônica e febre tifóide. Nesse contexto, deu-se início a um conjunto de reformas nas instituições de saúde relacionadas às estratégias sanitárias de prevenção, controle, fiscalização rigorosa de áreas de risco como portos, rios, lojas comerciais, extermínio de insetos e ratas disseminadores de doenças, e finalmente, empreendeu-se uma vigilância minuciosa sobre a população das grandes cidades (POSSAS, 1989).

A concepção do capital humano como fator primordial para a expansão produtiva e o desenvolvimento econômico associado à reforma urbanística das grandes cidades brasileiras, exigiu do Governo Republicano a implantação de uma política de saúde objetiva orientada pelos novos paradigmas do conhecimento clínico e epidemiológico e mediados pela intervenção do Estado na articulação com outros setores-chaves da sociedade como a educação, transporte, habitação, trabalho, possibilitando, pela primeira vez na história da República, diretrizes governamentais que em sua composição orgânica remete ao conceito de política social (BERTOLLI FILHO, 2000).

A política de saúde instituída pelo Estado brasileiro nesse contexto focalizou-se na elaboração de projetos de combate às principais doenças que reduziam drasticamente o tempo

de vida da população ativa, e, por conseguinte, onerava o setor produtivo incidindo fatalmente na expansão da economia e no desenvolvimento do país. A participação e a ação do Estado na área da saúde não se reduziram como em períodos históricos anteriores, às circunstâncias cíclicas dos surtos epidêmicos. A intervenção do Estado estendeu-se aos variados setores da sociedade imprimindo ações e investimentos permanentes no campo da saúde coletiva e individual. No entanto, ainda que o Regime Republicano tenha reconhecido nesse capital humano um elemento vital para o fortalecimento do campo produtivo como fonte primordial da produção de riquezas para o país, os investimentos em políticas sociais permaneceram em contraste aos privilégios concedidos pelo Estado à elite econômica nacional, privilegiando a expansão da produção e o acúmulo de capital.

Na análise de IYDA (1994), essa contradição inerente a lógica das relações produtivas e sociais engendradas pelo sistema capitalista, traz, em seu cerne, vestígios de um passado colonialista no qual a dominação política de oligarquias conservadoras desvirtuava as instituições públicas de acordo com os interesses políticos de suas elites econômicas, conservando as disparidades sociais e a manutenção do *status quo* de cada região do país. Em contraposição, a qualidade de vida da maioria da população, sobretudo, a acessibilidade aos serviços de saúde permaneceu como questões menos privilegiadas pelo Governo Republicano.

As oligarquias políticas da República Velha elencaram como principais representantes políticos os Estados de São Paulo, Minas Gerais e Rio de Janeiro. A cafeicultura despontava como o setor de maior relevância da economia nacional, fato que privilegiava imensamente os latifundiários produtores de café. Aureados de grande poder e representatividade política esses produtores interviam diretamente nas decisões políticas do Governo Federal. A intensa produção de café para o mercado de exportação gerava expressivos lucros para o Estado, favorecendo a industrialização das cidades e a expansão das atividades comerciais seguida de uma intensa imigração de pessoas e famílias oriundas de diferentes países da Europa, do Japão e de outras partes do mundo, aumentando, desproporcionalmente, a população urbana das grandes cidades.

Na área da saúde, a preocupação da medicina higienista focou-se na elaboração de novas estratégias, visando à melhoria das condições sanitárias e ambientais de territórios estratégicos da economia do país, prioritariamente as cidades e os portos marítimos. Assim sendo, foram criados os primeiros institutos e laboratórios de pesquisa médico-epidemiológicas do Brasil. O Serviço Sanitário Paulista inaugurado em 1892, por sua sofisticação e modernização, tornou-se a instituição referência do país em termos de combate

e prevenção de doenças, servindo de modelo para os demais institutos que estavam sendo criados em outros estados brasileiros.

A especialização dos profissionais de saúde, a aquisição de equipamentos sofisticados e as novas estratégias desenvolvidas pelo serviço sanitário possibilitaram uma fiscalização mais rigorosa sobre todo o território urbano. Logo, as fábricas, cemitérios, lojas, bares, hospitais entre outros espaços públicos e privados foram notificados e vigiados, tornando-se obrigatória a notificação oficial de todos os casos de doenças infecto-contagiosas descobertas e acompanhadas entre a população residente e transeuntes vindos de outros lugares.

Os novos métodos e conhecimentos da medicina moderna incorporados pelo Serviço Sanitário Brasileiro colocaram à margem todas as formas de tratamentos e curas não convencionais. O Governo Federal determinou a exclusividade dos agentes médicos com formação técnica e diplomados nas escolas de medicina brasileiras ou européias nas questões ligadas a cura e ao tratamento de doenças. Foi deliberadamente decretada pelas autoridades políticas a proibição de quaisquer ações e trabalhos realizados com a finalidade de cura pelos tradicionais curandeiros negros e indígenas. O aparelho policial foi recrutado pelo poder executivo para o exercício da fiscalização e punição sobre os eventuais transgressores da determinação governamental (MEIHY & BERTOLLI FILHO, 1990).

Selou-se por legitimidade institucional a hegemonia do modelo higienista e da classe dos profissionais da medicina no uso de conhecimentos e do discurso sobre a cura, prevenção das doenças e epidemias. Em 1899 foi criado o Instituto de Pesquisas de Manguinhos com o objetivo de produzir soros fisiológicos e vacinas. Essa instituição agregou os principais cientistas e sanitaristas do país; entre estes, destacou-se Oswaldo Cruz que hoje dá nome ao centro de pesquisas considerado, atualmente, como o principal centro de pesquisas médico-epidemiológicas do Brasil.

Em contrapartida, enquanto os centros de pesquisa na região sudeste (São Paulo e Rio de Janeiro) se modernizavam e revertiam os alarmantes índices de enfermidades nas cidades das metrópoles brasileiras, mediante ações planejadas e investimentos econômicos por parte do Governo Federal, nas regiões menos desenvolvidas como o Nordeste, Centro-oeste e Norte do país ocorria exatamente o inverso.

Os poucos investimentos em saúde coletiva e a centralização dos recursos e decisões do Governo Federal, em harmonia com as ferozes disputas entre as oligarquias políticas regionais pelo poder político local, emolduravam-se como aspectos desfavoráveis ao desenvolvimento de pesquisas nessas regiões, contribuindo diretamente para a disseminação

de doenças como a tuberculose, doença de chagas, a subnutrição e outras mazelas, elevando os índices de mortalidade e a diminuição da expectativa de vida dessas populações.

Apesar da redefinição dos conceitos epidemiológicos e da atuação dos institutos de pesquisas, a maior parte das oligarquias estaduais não se dispunha a gastar dinheiro com os órgãos da saúde pública. Assim, os brasileiros, principalmente os do interior, continuavam a sofrer muitas enfermidades de caráter endêmico. (BERTOLLI FILHO, p. 21, 2000).

A contradição existente entre as regiões do país espelhava algumas similitudes noutra dimensão socioespacial do Estado brasileiro, quais sejam: o campo e a cidade. A população rural no Brasil em 1918 era de aproximadamente 20 milhões de habitantes. Desse total, dez milhões foram contaminados pela malária, cinco milhões foram acometidos pela tuberculose, três milhões foram vítimas da doença de chagas e dezessete milhões tiveram problemas causados por parasitas intestinais. Grosso modo, raros eram os casos em que um indivíduo padecia de apenas uma doença. Não por acaso, outros problemas como o alcoolismo e a subnutrição ilustravam esse quadro desolador no campo. De acordo com Bertolli Filho (2000, p. 21):

Debilitada a população pobre do interior pouco podia fazer. Quando muito ia até a farmácia e conseguia remédios fortificantes em troca de algum dinheiro ou de uma ou duas galinhas. Se nem isso fosse possível, recorria aos coronéis que dominavam a região. Eles geralmente possuíam um exemplar do formulário *Chernoviz*, um guia médico editado desde meados do século XIX, que ensinava a tratar das doenças muitas vezes com remédios preparados à base de ervas das matas brasileiras.

O crescimento urbano desordenado das grandes cidades, impulsionado pela industrialização, a chegada de imensas levas de imigrantes estrangeiros e do fenômeno da intensa migração das áreas rurais para as cidades, aumentou, consideravelmente, a população dos grandes centros urbanos, resultando na expansão das favelas e cortiços e demais áreas periféricas das cidades. O ambiente insalubre, as condições de saúde e higiene sub-humanas, a alta concentração demográfica e o acentuado crescimento da pobreza contribuíram diretamente para a incidência de novas epidemias. Em algumas situações essas epidemias ocorreram potencialmente mais violentas do que as que aconteceram em períodos que antecederam a Proclamação da República.

Neste ínterim, as autoridades sanitárias sob o comando do diretor geral do Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP) o sanitarista Oswaldo Cruz programou um conjunto de reformas e medidas austeras nos serviços sanitários nas principais cidades do país. O caso mais emblemático ocorreu na capital da República, a cidade do Rio de Janeiro, que, diante de uma profunda reforma urbanística e sanitária e, sendo o principal cenário político e econômico do país, foi alvo de sucessivas intervenções estatais de caráter autoritário.

A primeira medida extrema autorizada pelo governo foi a expulsão de uma grande massa populacional de pobres residentes nos cortiços e prédios antigos do centro da cidade e do seu entorno. Os portos, hospitais e cemitérios, receberam vigilância e inspeção permanentes dos inspetores sanitários. A vigilância e fiscalização estenderam-se violentamente por todos os espaços e lugares da capital da República. A reforma urbana e sanitária modificou profundamente a geografia urbana da cidade; os prédios antigos cederam lugar a grandes avenidas, *bulevares*, praças e novos prédios foram desenhados a partir da arquitetura moderna que já predominava no início do século XX (MEIHY, 1990).

Os trabalhos de higienização na capital da república, entretanto, se desenvolveram mediante medidas arbitrárias e abusivas contra a sociedade. A sentença determinada pelo Estado acerca da obrigatoriedade de vacinação compulsória de toda a população legitimou o uso da força policial sobre os indivíduos que se recusassem a submeter-se a este procedimento. As medidas sanitárias impostas pelas autoridades políticas e aprovadas pelo Congresso Nacional, sob a pressão e influência do Departamento Nacional de Saúde, resultou em violentos conflitos entre a sociedade e a força policial reforçada pelo exército. Houve resistência de grande parcela da população que, por receio e desconhecimento sobre a eficácia e o resultado final do uso da vacina, insurgiram com armas e manifestações públicas. Os conflitos culminaram na prisão dos líderes desse movimento e na morte de vários civis. Pressionado por toda a sociedade, o governo revogou essa medida tornando-a opcional. A insurgência popular protagonizada pela população do Rio de Janeiro ficou conhecida como a “Revolta da Vacina” e exigiu do governo e das autoridades sanitárias uma nova postura de diálogo com a sociedade (CARVALHO, 1987).

O Regime Autoritário instaurado pelo golpe de Estado do governo ditatorial de Getúlio Vargas (1930-1945) denominado de Estado Novo executou de imediato um conjunto de reformas na estrutura orgânica da burocracia estatal brasileira. Na área da saúde coletiva as mudanças ocorreram com a criação de um ministério compartilhado entre as áreas da

educação e saúde pública. A primeira ação do governo getuliano foi o afastamento compulsório de todo o quadro de técnicos e profissionais que atuaram na área sanitária remanescentes do período da República Velha. O centralismo político-administrativo característico desse governo priorizou, sobretudo, a nomeação de burocratas comprometidos com o regime político instaurado pela ditadura do Estado Novo em detrimento da especialização e formação na área sanitária de gestores com experiência e conhecimento neste campo específico.

O prestígio e a influência da classe médica alcançados, proeminentemente na República Velha, sobre as tomadas de decisão do poder executivo, reduziu-se substancialmente no período do Estado Novo protagonizado pela ditadura Vargas. Nesse contexto, qualquer divergência ou discurso crítico às políticas de saúde desenvolvidas neste governo eram assimilados como subversão e tendência comunista. O governo Vargas impôs a lei do silêncio à comunidade médica sobre assuntos sanitários e programas higienistas, organizado pelos assessores de seu governo.

O caráter autoritário e populista do governo Vargas foi direcionado para as grandes massas urbanas de trabalhadores dos setores industriais e comerciais urbanos. A alta concentração demográfica nas cidades ao passo que fortaleceu a indústria e fomentou a produção de mercadorias, paradoxalmente, favoreceu a ampliação das desigualdades sociais e com elas o aumento da pobreza e das enfermidades sobre a população pobre (WEFFORT, 1978).

A busca pela legitimidade política do regime autoritário instaurado pelo governo getulista e as crescentes necessidades sociais da população urbana, sobretudo de assistência à saúde, exigiu do Estado uma legislação que contemplasse em alguma proporção os direitos da classe trabalhadora. A experiência da lei Elói Chaves no Estado de São Paulo ainda na República Velha com a criação do Instituto Previdenciário dos Trabalhadores das Estradas de Ferro assegurava 3% do salário dos trabalhadores e 1% da renda bruta das empresas designadas a um fundo previdenciário que garantiria a aposentadoria e a assistência à saúde aos trabalhadores ferroviários e suas famílias (OLIVEIRA & TEIXEIRA, 1986).

O modelo implantado pela lei Elói Chaves serviu de parâmetro para a criação das caixas de aposentadoria e pensões e os institutos de previdência implantados pelo governo Vargas. A intervenção do Estado nesse projeto reduziu-se na organização dessas entidades públicas, administrando o dinheiro arrecadado e aplicando na assistência aos serviços de saúde dos trabalhadores e suas famílias, no entanto, sem acrescentar uma contrapartida de

recursos estatais (JACOBI, 2002). O sistema de serviços de saúde ofertados pelas caixas previdenciárias não asseguravam uma assistência digna e integral aos trabalhadores no caso de doenças infecto-contagiosas graves como a tuberculose, enfrentavam dificuldades para se obter assistência adequada.

Em contrapartida, os trabalhadores que atuavam informalmente no mercado de trabalho sem nenhum registro na carteira de trabalho profissional e, por conseguinte, impossibilitados de contribuir com as caixas de pensão de suas respectivas categorias profissionais estavam expressamente excluídos dos serviços e assistência à saúde organizados e distribuídos pelo Estado.

O mais grave, porém, era o fato de os enfermos serem apresentados como párias da sociedade: além de deixarem de trabalhar e de produzir riquezas para a nação, ainda exigiam assistência médica e tratamento gratuitos, tornando-se uma estranha espécie de inimigos do país. Apesar de o presidente - “o pai dos pobres” – declarar que cabia ao estado preservar a saúde da população, na prática isso acontecia precariamente. Muito brasileiros enfermos continuavam a morrer sem receber a ajuda médica necessária (BERTOLLI FILHO, 2000, p. 38).

Não por acaso, os trabalhadores informais e os desempregados eram rotulados, pejorativamente, de indigentes pela administração das Casas de Misericórdia e Hospitais Filantrópicos em função da condição de miserabilidade. Embora a maior parte da população brasileira permanecesse com sua cidadania e o direito ao acesso aos serviços de saúde negados, o ditador Getúlio Vargas foi exaltado por parte da sociedade como o “pai dos pobres” como forma de reconhecimento pelos “avanços” ainda que residuais no campo da assistência a saúde.

A criação do Ministério da Saúde ocorreu em 1953 no segundo período do governo getuliano. O Estado brasileiro vivencia um período de redemocratização política e assimila forte influência da legislação liberal americana após a segunda guerra mundial. O cenário político é marcado por manifestações de cunho nacionalista e pela presença do pluripartidarismo, liberdade de imprensa, organização das agremiações estudantis e autonomia de organização dos sindicatos. Em contraposição, a precarização dos serviços e assistência à saúde permaneceram como um dos mais graves problemas enfrentados pela população.

Os poucos investimentos aplicados na pasta do Ministério da Saúde reafirmaram o permanente descaso das autoridades com a área da saúde pública. A ausência de profissionais

qualificados, equipamentos modernos, e da construção de novos espaços físicos como hospitais e postos de atendimento, a combinação destes fatores limitou a atuação do Ministério da Saúde na redução dos índices de mortalidade e das doenças que impossibilitava os indivíduos para o trabalho.

Os índices de mortalidade e da expectativa de vida da população brasileira, quando comparados aos dos países desenvolvidos, se equiparava a estes no contexto do século XIX. “Calculava-se que o habitante do sertão nordestino viveria em torno de trinta anos – média de vida da população européia no momento mais crítico da idade média” (BERTOLLI FILHO, 2000, p. 42). Cabe ressaltar que, neste período, as práticas de prevenção e combate às infecções não estavam normatizadas e incorporadas às ações médico-sanitárias da época, desenvolvidas na Europa. Isso, na segunda metade do século XX, revela a gravidade, o descompromisso e o descaso do governo brasileiro com a área da saúde pública.

Diante desse cenário caótico, a organização dos sindicatos exerceu contundente pressão sobre o governo pressionando-o a rever a legislação previdenciária vigente. Nessa perspectiva, ampliou-se o acesso ao número de trabalhadores e seus familiares o direito da assistência à saúde através das caixas e institutos de pensões e aposentadorias. Por outro lado, a qualidade dos serviços que já eram inadequados tornou-se piores, na medida em que não acompanhavam o crescimento das novas demandas resultando em novas dificuldades como longas filas, leitos insuficientes, ausência de estrutura para assistência a pacientes em estado grave, etc. Diante desses fatos:

O setor privado de medicina começou a pressionar o governo federal e os governos estaduais a restringir ou mesmo interromper os planos de construção de hospitais públicos. Como acontecia com o setor da educação no mesmo período, os proprietários de casas de saúde defendiam a posição de que o Estado não deveria competir com a medicina privada: deveria fazer doações e empréstimos a juros baixos para que os empresários criassem uma grande rede de clínicas e hospitais. Essa rede venderia seus serviços a população, aos institutos de aposentadoria e pensões e ao próprio governo. [...] O setor político interveio nos debates, aprovando leis que garantiam privilégios para os grupos privados prestadores de serviços médico-hospitalares. Muitas verbas oficiais destinadas a essa área iam para deputados que também eram sócios de clínicas e hospitais. Eram eles, bem mais do que a população, os beneficiados pelas verbas públicas (BERTOLLI FILHO, 2000, p. 43-44).

Em 1960, o Governo Federal criou a LOPS – Lei Orgânica da Previdência Social. Esta lei teve como objetivo uniformizar os valores percentuais das contribuições pagas pela classe trabalhadora aos institutos previdenciários. A nova legislação orientava o repasse de 8% dos

salários dos trabalhadores e valor equivalente para os empregadores e o Estado (OLIVEIRA & TEIXEIRA, 1986). O intuito de reorganizar os serviços de saúde e assegurar o equilíbrio financeiro dos institutos previdenciários, entretanto, não logrou êxito. A corrupção política e a precarização dos serviços de saúde ofertados pelos institutos, incidia, negativamente sobre a saúde da população.

Os índices de mortalidade infantil eram alarmantes, sobretudo nas áreas urbanas das grandes cidades que aumentavam ininterruptamente sua população em razão do êxodo rural. Outro grave dilema diz respeito à inibição da expansão do sistema de saneamento básico, a ausência de rede de esgotos e água tratada, principalmente, nos Estados mais pobres, combinados ao consumo de água poluída, era a principal causa de morte por infecções do aparelho digestivo de crianças. Nesse sentido:

A interferência política e as práticas clientelistas, sobretudo nas áreas rurais, novamente retardaram ou mesmo impediram as ações sanitárias em favor da saúde infantil. Longe de ser assumido como um compromisso do Estado, a assistência as crianças era tida como um ato de bondade dos políticos, do qual se podiam tirar boas vantagens eleitorais (BERTOLLI FILHO, 2000, p. 45).

Outro dilema social crônico era a problemática da fome; a maior parcela da população brasileira estava submetida a doenças decorrentes da subnutrição. A dicotomia relacional entre os fenômenos da saúde e da doença passou a ser reconhecida por parte de intelectuais brasileiros em destaque o geógrafo Josué de Castro (1963), que em sua obra “Geografia da Fome” apresenta este fenômeno social como elemento indissociável do estado nutricional da população, e, portanto, configurando-se como um aspecto determinante dos processos saúde-doença. O governo, mesmo diante do encantamento provocado pelo espírito desenvolvimentista da época, não se sensibilizou na proposição de políticas sociais de combate à erradicação da fome.

O golpe de estado deflagrado em 1964 pelos chefes das forças armadas restabeleceu mais uma vez na história do país um modelo de regime autoritário sob o pretexto de combate a corrupção, o avanço do comunismo, e a garantia de segurança nacional. A série de atos institucionais (AIS) promulgados pelo governo dos generais extinguiu os direitos políticos e de organização dos partidos (exceto Arena partido que representava o governo e MDB partido de oposição consentida), sindicatos, associações estudantis, e outros grupos civis organizados, impondo censura à imprensa e à sociedade. O regime autoritário instaurado pela Ditadura dos

Militares provocou mudanças estruturais no quadro institucional e administrativo do Estado. A centralização de poder deliberado por este regime político ao poder executivo limitou a atuação dos poderes legislativo e judiciário instituindo um conjunto de ações autoritárias sobre estes poderes.

Ancorados no lema “segurança e desenvolvimento” o governo dos militares investiu numa burocracia governamental formada essencialmente por tecnocratas e militares. Diante do período de crescimento econômico na conjuntura do mercado no mundo o governo militar investiu na modernização da estrutura produtiva do país resultando num acelerado crescimento do Produto Interno Bruto – PIB. Da concepção de desenvolvimento nacional cunhou-se a expressão “milagre econômico”, alusão ao período de crescimento da economia entre os anos (1968-1974) alcançados pelo projeto de desenvolvimento do Governo Militar. No entanto, o acelerado crescimento econômico não traduzia as necessidades fundamentais da sociedade contrastando com o poder de compra da classe trabalhadora; o salário mínimo foi reduzido gradativamente a cada ano em detrimento da qualidade de vida da população.

A gestão do Governo Militar, por outro lado, na medida que valorizou e investiu nos setores produtivos e de segurança, subestimou setores vitais como a área da saúde pública. Barata (1988) analisa que a redução significativa de verbas para o campo da saúde restringiu a atuação do Ministério da Saúde no planejamento das ações sanitárias, favorecendo o desenvolvimento de epidemias como a dengue, malária e a meningite. Nessa gestão, o Ministério da Saúde privilegiou a assistência à saúde como fator individual em detrimento da dimensão coletiva. A concepção de gestão adotada pelos militares inverteu a lógica de funcionamento desse ministério; a maior parcela de suas verbas era destinada para o pagamento a hospitais e clínicas do setor privado. Em contrapartida, investimentos em sistemas de saneamento básico e distribuição de água tratada, elementos estruturantes essenciais para a prevenção de doenças, foram secundarizados pelo Governo do Regime Autoritário.

A fragilidade e ineficiência do Sistema de Saúde Pública financiado pelas caixas e institutos de pensão e aposentadorias instigou o governo militar a criar em 1966 o Instituto Nacional de Previdência Social – (INPS). Esta instituição unificou o conjunto de entidades previdenciárias ficando subordinado ao Ministério do Trabalho. Conforme Bertolli (2000), estabeleceu-se assim, um sistema dual, no qual o Ministério da Saúde ficou com a responsabilidade sobre a saúde coletiva, através da elaboração de programas de saúde e ações sanitárias, sobretudo, em períodos de surtos epidêmicos. Ao INPS foi designada a assistência

e tratamento de caráter individual. A criação do INPS permitiu à expansão do atendimento às famílias de trabalhadores segurados. A expansão da rede previdenciária orientou-se, prioritariamente, pelo apoio do Estado às atividades do setor privado. A Constituição de 1967 ratificou a atuação do Estado na assistência à saúde como complementar aos serviços prestados pela medicina privada.

De acordo com Oliveira & Teixeira (1986), a formação de uma rede de prestação de serviços conveniados formados em sua maioria por hospitais e clínicas privadas sob a tutela do INPS resultou em um sistema de saúde frágil e ineficiente. Atrasos no repasse de verbas, fraudes médicas e corrupção geraram um ambiente caótico e enormes prejuízos para a classe trabalhadora que financiava a manutenção e o funcionamento deste sistema de prestação de serviços. Esse conjunto de problemas abriu precedentes para as grandes empresas privadas contratarem grupos médicos paralelos ao sistema previdenciário para prestarem assistência médica aos seus funcionários. Com isso, deixando de pagar a previdência, mas, em contrapartida, recebendo subsídios do governo como forma complementar de financiamento a assistência à saúde de seus trabalhadores.

Em 1974 foi criado o Ministério da Previdência e Assistência Social – (MPAS). Esse ministério incorporou o INPS distanciando esta instituição das regulações do Ministério do Trabalho, cujo objetivo era moralizar e assegurar a assistência à saúde da classe trabalhadora e de suas famílias. Neste processo, foi criada a Empresa de Processamento de Dados da Previdência Social (DATAPREV), responsável pela organização e fiscalização dos recursos. Diante das críticas e pressão do segmento rural o governo criou o Programa de Assistência ao Trabalhador Rural (FUNRURAL), em 1971, que reconheceu os direitos dos trabalhadores do campo e finalmente em 1975 foi oficializada a criação do Sistema Nacional de Saúde (SPÍNOLA, 1992).

Bertolli Filho (2000) ressalta que apesar das deficiências e restrições dos serviços de saúde, os índices de mortalidade geral diminuíram consideravelmente entre as décadas (1960-1980), elevando a expectativa de vida da população. Todavia, o país permaneceu como um dos mais problemáticos e deficitários no campo de assistência à saúde no Continente Americano. Os índices da saúde pública no Brasil em 1979 eram superiores a apenas três países em todo continente americano: Bolívia, Peru e Haiti.

Os acidentes de trabalho eram constantes. Muitos trabalhadores perdiam membros do corpo durante os acidentes, ficando inutilizados para o setor produtivo, sendo obrigados a aposentar-se compulsoriamente com um salário precário, circunstância que dificultava ainda

mais a sobrevivência dessas famílias. Não por acaso, a poluição industrial nas fábricas e o contato permanente com substâncias perigosas sem o uso dos equipamentos de proteção adequados contribuíam com a disseminação de doenças entre os operários e contaminavam as áreas circunvizinhas às fábricas e indústrias, vitimando um grande número de pessoas (COHN, 1985).

Nesse contexto, o setor saúde é considerado pelo mercado econômico como um campo promissor e lucrativo para o capital privado. Inúmeras companhias estrangeiras investiram grandes volumes de capital na área de seguro-saúde no Brasil, especialmente voltada para as classes médias. O mesmo processo ocorreu com a indústria farmacêutica que no mesmo período entre as décadas de 1965-1975, multinacionais americanas e européias compraram dezenas de laboratórios brasileiros passando a monopolizar a produção de remédios e a regulação dos preços, dominando o mercado interno e remetendo altas taxas de lucros para suas empresas-matrizes.

Os investimentos internacionais na área de seguro-saúde mostraram altamente rentáveis: calcula-se que atualmente apenas 25% das verbas arrecadadas são aplicadas no atendimento aos conveniados, na manutenção da burocracia e nas campanhas publicitárias. O restante representa lucro líquido. [...] Em 1976 existiam nas farmácias do Brasil cerca de cinco mil remédios considerados supérfluos, sem nenhum papel significativo na cura de qualquer enfermidade. E as tentativas governamentais de controlar os preços dos medicamentos esbarram no desinteresse dos laboratórios. Quando ameaçados pelo poder público, eles simplesmente interrompem a distribuição de seus produtos, deixando a população sem acesso a remédios vitais (BERTOLLI FILHO, 2000, p. 58-59).

A decadência do Regime Autoritário no final da década 1979-1980, decorrente da estagnação do crescimento econômico fomentado pelo “milagre econômico” e a incontrolável corrupção inerente à esfera administrativa do governo, combinados aos altos índices de inflação, deflagrou a crise econômica e falência do modelo de desenvolvimento econômico implantado pelo Governo do Regime Militar. Tornou-se insustentável para o governo a manutenção do *status quo* sobre a sociedade brasileira. Aumentaram as tensões pela redemocratização política do país, expressas pelos movimentos sociais em manifestações coletivas, pela abertura política e o retorno ao sistema democrático com garantias de eleições diretas, fim da censura e melhorias das condições de trabalho e salários para a classe trabalhadora.

A crise da área da saúde, por conseguinte, é aprofundada pela crise econômica vigente nas décadas entre 1980-1990, sobretudo, pelo descompromisso do Estado com o setor da saúde pública. O funcionamento precário dos hospitais combinados às dificuldades de acesso aos serviços de saúde e atendimentos realizados por profissionais especializados especialmente para procedimentos nos níveis de média e alta complexidade, a ausência de investimentos em saneamento e ações sanitárias preventivas submeteu a maior parte da população à vulnerabilidade das doenças e seus desdobramentos.

A falência do modelo econômico instaurado pelo Regime Militar, expresso pelo descontrole inflacionário, aprofundou a crise econômica do país e culminou no enfraquecimento do governo dos generais. O último baluarte do Regime Autoritário a governar o país foi o general João Batista Figueiredo, governando o país entre os anos (1979 - 1985). Decretado o fim da soberania do regime autoritário, a abertura política prenunciou o retorno ao pluripartidarismo, eleições diretas, o fim da censura e a legitimidade de organização e participação política dos sindicatos, partidos políticos, associações, e da sociedade civil em seu conjunto.

A crônica crise no campo da saúde herdada do Regime Militar prosseguiu entre as décadas de 1980-1990. A escassez de verbas orçamentárias para os Ministérios da Saúde e da Previdência Social combinados aos constantes atos de corrupção e desvios de verbas públicas, protagonizados pela classe política, emolduraram o quadro da saúde pública desse período. O novo Governo da República Federativa do Brasil assumiu a presidência da República em 1986. O governo do presidente eleito José Sarney formulou alguns projetos de reforma na área da saúde como o PREV-SAÚDE, CONASP, e AIS no intuito de reorganizar uma política de proteção a saúde individual e coletiva, entretanto, na prática o projeto do governo não avançou (MEIHY & BERTOLLI FILHO, 1990).

Em contraposição, a classe empresarial organizou e financiou grupos de *lobbies* no Congresso Nacional e nas Assembléias Legislativas Estaduais para defender de público os interesses do capital privado, conduzindo o governo na manutenção e ampliação dos investimentos na área da saúde, mediante transferências de verbas públicas, para empresas privadas, prestadoras de assistência médico-hospitalar com o apoio incondicional do governo federal (BERTOLLI FILHO, 2000).

O surgimento de associações de pesquisa no campo da saúde coletiva como a Associação Brasileira de Pós- Graduação em Saúde Coletiva – (ABRASCO) e do Centro Brasileiro de Estudos da Saúde – (CEBES) no final da década de 1970, possibilitou o

desenvolvimento de pesquisas científicas nesse campo do conhecimento. Concomitantemente, essas instituições promoveram a realização de eventos de caráter sociopolítico como as antológicas Conferências de Saúde, possibilitando a criação de um espaço eminentemente singular de debates e reflexões acerca dos dilemas da política de saúde no Brasil. Os debates resultantes de pesquisas no campo da saúde associados à precarização da infra-estrutura hospitalar, à desvalorização dos profissionais e à segregação de grupos sociais ao acesso e a assistência à saúde pública culminou na criação do Movimento Sanitarista, cuja atuação política junto a outros movimentos populares reivindicou e lutou por reformas no sistema de saúde (IYDA,1994).

O foco idealizado pelo Movimento da Reforma Sanitária centrou-se no “direito universal à saúde” para todos os segmentos e estratos sociais da sociedade brasileira, o que previa o compromisso do Estado com a assistência à saúde da população. O texto elaborado pelos idealizadores do Movimento Sanitarista, posteriormente, orientou o capítulo que disserta sobre a área da saúde como política social na Constituição de 1988, enfatizando o acesso à assistência e serviços de saúde como um “direito de todo cidadão e dever do Estado”.

A promulgação da Constituição de 1988 foi determinante para a consolidação da assistência à saúde como um direito social conquistado pela sociedade civil. O ideal de cidadania que permeia toda tessitura literária que compõe o texto constitucional ratifica todo o sujeito de nacionalidade brasileira como portador de deveres com sua mãe-pátria representada pelo Estado e pelo Governo Republicano, ao mesmo passo em que reconhece esse sujeito como portador de direitos fundamentais, como o acesso à saúde, à alimentação, trabalho, expressão de crenças e idéias, educação, participação política, etc. A dualidade relacional entre deveres e direitos constituem elementos fundamentais e indissociáveis na construção da idéia de cidadania (GOHN, 1995).

A partir das diretrizes e princípios estabelecidos pela Constituição Federal, especificamente para a área da saúde, elaborou-se o projeto do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde – (SUDS). Esse projeto desenvolveu-se com a proposição de integrar os serviços de saúde públicos e privados, objetivando assim construir uma rede de serviços regidos por uma hierarquia regionalizada incluindo-se a participação das comunidades na administração das unidades de saúde locais, maior fiscalização, controle e intervenção do governo nas atividades desenvolvidas pelas instituições privadas no âmbito do setor médico-hospitalar. Dentro dessa perspectiva, o setor privado foi definido como forma complementar de prestação de serviços ao setor público. As instituições de caráter filantrópico

foram definidas pelo governo como auxiliares na prestação de serviços organizados pelo SUDS (BRASIL, 2000).

O projeto de descentralização do sistema de saúde idealizado pelo projeto SUDS não obteve os avanços e metas planejados pelo Ministério da Saúde. Em parte, em razão dos conflitos de interesse que permeiam historicamente o campo da saúde, como monopólios, cartéis, *lobbies* e o clientelismo político. As empresas privadas atuantes no setor saúde recusaram-se a se submeterem às normas ratificadas pelo Sistema Unificado, criando obstáculos à consolidação desse projeto (BERTOLLI FILHO, 2000).

A partir do projeto SUDS, o Ministério da Saúde elaborou uma segunda proposta mais direcionada para a saúde pública: o Sistema Unificado de Saúde – SUS, com a incumbência de organizar as ações do Ministério da Saúde, do INAMPS, e dos serviços de saúde em âmbito estadual e municipal imprimindo um caráter eminentemente público nesse projeto. Os princípios que consolidaram a criação do SUS previam a universalização e integralização das ações de assistência à saúde e a participação da sociedade como princípios essenciais para a construção do ideal de cidadania e o fortalecimento e democratização do sistema de saúde. O acesso e a assistência à saúde são assimilados como direito social assegurado pelo Estado.

A descentralização da saúde pública no Brasil a partir de 1988, com a promulgação da Constituição Federal e a proposição da Lei Orgânica da Saúde 8080/90, consolidou-se com a criação do Sistema Único de Saúde – SUS, resultante de um longo processo de debates e reivindicações impulsionados pelo Movimento da Reforma Sanitária, sindicatos, associações populares, e um bloco político favorável a democratização da assistência à saúde como um direito constitucional legando ao Estado Federativo o compromisso de assegurar os investimentos necessários, a integralidade e o acesso universal às instituições públicas e serviços de saúde, (BRASIL, 2000). Representa a materialização do conceito de seguridade social instituído na Constituição Federal de 1988 no capítulo 194, que abrange a previdência social e assistência social e que caracteriza a intervenção do Estado na distribuição de ações e serviços a toda a sociedade (VIANA et al, 2005).

A criação do Sistema Único de Saúde em seu cerne objetivou a implantação de reformas e adequações ancoradas em uma política de saúde universalizante, constituídos por princípios que consolidassem a concepção de cidadania, inclusão e participação da sociedade na construção de um Estado democrático e laico. Entretanto, respeitando as práticas culturais, o contexto ambiental e socioeconômico de cada região do país. O SUS parte de uma concepção ampla do direito à saúde, com princípios e diretrizes válidos para todo o território

nacional, admitindo os serviços do setor privado como complementares em situações onde a cobertura assistencial pública seja insuficiente em um determinado território e nível de complexidade de assistência à saúde (BRASIL, 2000).

Os princípios do SUS instituídos na Lei Orgânica da Saúde 8080/90 são: 1) Universalidade de acesso em todos os níveis de assistência; 2) Igualdade na assistência à saúde; 3) Integralidade da assistência à saúde. As principais diretrizes pautam-se na participação da comunidade e na descentralização político-administrativa com direção única em cada esfera de governo.

Na implantação do Sistema de Saúde ressalta-se a abrangência e a profundidade das mudanças orientadas pela Constituição Federal de 1988 e pela Lei Orgânica da Saúde, complementada pela lei nº 8142 de Dezembro de 1990, que orienta a redefinição de responsabilidades pelos entes governamentais, os novos critérios de transferência de verbas para o setor saúde, a criação de instâncias colegiadas de negociação e planejamento que envolve a participação de gestores, profissionais de saúde e usuários (NORONHA, LIMA, MACHADO, 2004).

A configuração institucional do SUS foi formada de acordo com critérios estabelecidos a partir dos princípios e diretrizes que orientam e conformam o Sistema de Saúde do ponto de vista social, político e técnico. Dentre estes se destacam a participação da comunidade através das instâncias representativas nos colegiados formados nos Conselhos Municipais de Saúde cuja formação envolve atores representantes do governo local, prestadores de serviços e representantes da sociedade civil na formulação de diretrizes e prioridades para a política de saúde e na fiscalização das ações do governo no que concerne a investimentos no setor saúde.

As Conferências Municipais de Saúde configuram-se como um momento relevante na formação dos Conselhos de Saúde, os debates e discussões sobre a saúde local, suscitam reflexões e apontam contradições e o descompromisso dos governos locais com o setor saúde ou, noutra perspectiva, apresenta algum avanço (quando não mera retórica) sobre algum aspecto da saúde da população. Os debates contribuem para a formação das diretrizes e prioridades das políticas de saúde. Nesse sentido, a participação de representantes, sobretudo da sociedade civil, é imprescindível para pressionar o gestor local na aplicação assertiva dos recursos do setor saúde de acordo com as prioridades elencadas pela população. O exercício de um controle social permanente sobre o poder público exige dos gestores maior

transparência com o dinheiro público no setor saúde e fortalece o papel da sociedade civil no fortalecimento do sistema de saúde equitativo, da democracia e de um Estado laico.

Outro aspecto relevante diz respeito à política de descentralização que enfatiza a descentralização dos serviços para os municípios e inclui a regionalização e hierarquização dos serviços. A descentralização implica na divisão de responsabilidades pelos entes governamentais representados pelos Estados e Municípios no tocante as ações e serviços de saúde, o que requer autonomia dos governos mediada pelo diálogo e democratização das decisões sobre as políticas de saúde em um determinado território.

A regionalização e a hierarquização como elementos constitutivos do processo de descentralização envolve o acesso aos distintos níveis de assistência à saúde, ou seja, a diversidade estrutural de um determinado território formado por um conjunto de municípios com estruturas econômicas desiguais, exige um sistema de saúde solidário ancorado em trocas de serviços que possibilite o acesso universal e integral a todos os cidadãos que residem num determinado contexto regional, entretanto, para que esse sistema funcione, sem prejuízos para os governos locais, é necessária a manutenção de um diálogo permanente entre gestores, técnicos de saúde e demais instâncias representativas, além, obviamente, da transferência de recursos e de tecnologia que atenda a necessidade de cada nível de complexidade na assistência à saúde a população de cada região.

No que concerne as instâncias decisórias e estrutura de gestão ressalte-se a relevância da Comissão Intergestores Tripartites (CIT) e das Comissões Intergestores Bipartites (CIB) estas últimas possuindo uma comissão representativa para cada Estado federativo. Instâncias fundamentais na ampliação dos processos de descentralização de recursos e dos serviços de saúde. A formulação e implementação da política de saúde do SUS, diante da complexidade do Estado federativo brasileiro em face da necessidade de conciliação, elaborou instâncias representativas para discutir e decidir democraticamente sobre a organização e distribuição de responsabilidades sobre o setor saúde no país.

A CIT foi criada em 1991 e funciona no âmbito nacional com 15 membros formados paritariamente. Nessa comissão, estão presentes representantes do Ministério da Saúde, dos Secretários Estaduais de Saúde e representantes dos Secretários Municipais de Saúde indicados pelos seus respectivos gestores de cada região. As CIBs, por seu lado são formadas por representantes dos governos estaduais, indicados pelos secretários de saúde de cada Estado e governos municipais indicados pelos Secretários Municipais de Saúde. Criada em 1993 a CIB constitui espaço privilegiado de discussão dos processos de descentralização a

partir de negociação e tomadas de decisões entre gestores e os conselhos representativos em âmbito estadual (BRASIL, 2000). Um aspecto interessante das comissões intergestores diz respeito à construção democrática das resoluções para os dilemas da saúde coletiva. As decisões devem ser consensuais sendo vetados votos e a tirania da maioria. Entretanto, isso não significa a supressão definitiva de conflitos e divergências dos agentes políticos envolvidos, mas, uma estratégia razoável de atenuar essas tensões políticas.

A diversidade de ações e serviços que compõe o SUS e suas formas de organização são abrangentes e complexas. As variações de formas de organização e prestação de serviços estão associadas à diversidade territorial da atenção à saúde no SUS. Assim, a assistência à saúde pode ser realizada em âmbitos diferentes como o hospitalar, no espaço domiciliar, ambulatorial, nos serviços de apoio terapêutico e de diagnóstico, urgência e emergência.

Envolve, por outro lado, as dimensões epidemiológicas e sanitárias voltadas para ambientes de trabalhos e convívio de grupos de pessoas, o que requer um número diversificado de profissionais de saúde de formações distintas e o uso de tecnologias variadas, além de ações direcionadas para o controle e tratamento de doenças agravantes como a AIDS, Tuberculose, Hanseníase, Hipertensão e Diabetes, dentre outras, que por seu lado são tratadas e acompanhadas de acordo com um nível de complexidade de atenção à saúde: Atenção Básica, Média e Alta Complexidade. A diversidade territorial da atenção à saúde no SUS se configura por diferentes lógicas de organização dos serviços de saúde, na medida em que apresenta fragmentação de propostas, de planejamento e financiamento em cada nível de governo para o Sistema de Saúde (BRASIL, 1990).

A consolidação do SUS como um sistema de saúde universal pautado na integralidade de acesso aos serviços de saúde, defronta-se em dificuldades e desafios estruturais e conjunturais, e seus avanços apontam para a perspectiva de uma política de Estado permanente, independente dos fatores político-partidários de cada governo, propostos oportunamente a cada novo pleito eleitoral. Conforme Noronha et al (2004, p 465 - 466):

No Brasil, os obstáculos estruturais se expressam nas profundas desigualdades socioeconômicas e culturais – inter-regionais, interestaduais, intermunicipais -, nas características do próprio federalismo brasileiro, na proteção social fragmentada e no modelo médico-assistencial privatista sobre o qual o sistema foi construído. [...] Outro desafio para superação de obstáculos estruturais está relacionado à articulação intersetorial para o desenvolvimento de políticas mais abrangentes. Pode-se dizer que além dos campos típicos da atenção à saúde (assistência, vigilância epidemiológica, vigilância sanitária), que compreendem as atividades mais diretamente voltadas para o atendimento das necessidades de saúde, outros campos de atuação do Estado são estratégicos em uma política pública destinada à garantia

da saúde como direito social de cidadania. Em relação aos obstáculos conjunturais, ressalta-se a repercussão no Brasil da onda conservadora de reforma em vários países, no plano político, econômico e social, a partir da década de 1990, com graves consequências e retrocessos históricos no processo de construção da cidadania social. Tais mudanças tensionam as políticas sociais universais em países desenvolvidos e, no Brasil, onde o SUS ainda não foi consolidado, tiveram repercussões mais graves.

A consolidação do SUS, portanto, representa um enorme desafio para o Estado e para a sociedade brasileira, sobretudo, no que concerne a superação das desigualdades em saúde. Desigualdades que devem ser superadas, ressaltando-se a diversidade cultural e socioeconômica entre regiões e local. Assim sendo, o acesso à saúde como direito de cidadania representa um avanço gigantesco para o fortalecimento do Sistema de Saúde Público como uma política permanente de Estado, porque reconhece o direito à saúde como uma política essencial para garantia da seguridade social como modelo democrático de gestão e equitativo. O papel do Estado no financiamento e na organização dos serviços do setor da saúde no Brasil é imprescindível para a garantia do acesso à assistência à saúde coletiva como bem público universal e como direito social de cidadania.

## **1.2 - A Saúde Comunitária como modelo de Atenção à Saúde**

As experiências da Saúde Comunitária, como um modelo de assistência à saúde humana, transcende aos modelos socioculturais, políticos e econômicos que influenciam e orientam as práticas e cuidados de atenção à saúde do mundo ocidental moderno. Há registros de sua existência e praticidade em diversas regiões do mundo em diferentes períodos da história da humanidade. Por volta de quatro mil anos antes de Cristo, há registros de sua existência prática em antigas civilizações que compõe o velho mundo como a Índia, Mesopotâmia, Egito, China, etc. Pesquisas arqueológicas registraram vestígios seculares que remete a estruturas de saneamento, ruas pavimentadas, escoamento para esgotos, dejetos e banheiros.

Rosen (1994) aponta o conhecimento dessas civilizações acerca da influência de outros elementos do ambiente físico e sua possível correlação com a saúde humana. Desse modo, essas sociedades compreendiam a inter-relação dos fatores climáticos com a qualidade de vida, e, doutro modo, com o surgimento de doenças, circunstâncias naturais que os

obrigavam a mudar-se de uma área para outra de acordo com as mudanças sofridas no ambiente.

Na medicina da Grécia antiga, por exemplo, fatores como higiene e educação em saúde eram considerados de suma importância para a preservação da saúde. A nutrição do corpo, o descanso e exercícios físicos faziam parte de uma dieta higienista de cuidados do sistema de saúde. De acordo com o pensamento da medicina grega, os desequilíbrios entre o corpo e os elementos constituintes do ambiente externo resultavam em doenças, daí a importância de um modo de vida capaz de reduzir os riscos de doenças e perturbações que dão origem a estes desequilíbrios (ROSEN, 1994). Convém lembrar, entretanto, que esse modo de vida ideal estava restrito a uma pequena classe social onde poucas pessoas tinham acesso a essa higiene aristocrática.

No processo de desenvolvimento da saúde pública e comunitária da sociedade moderna, sua institucionalização se deu pela ação do Estado como normatizador e organizador das práticas e saberes médicos voltados para a saúde pública como forma de erradicar epidemias e pestes que ceifavam milhões de vidas em todo mundo. Do ponto de vista técnico assistencial, a prática da visita domiciliar foi implantada como cuidado em saúde coletiva em inúmeros países. Conforme Rocha (1998), na remota União Soviética era comum a prática de visitas comunitárias de grupos de cuidadores que percorriam as aldeias mais distantes para prestar cuidados primários em saúde, orientando sobre prevenção e educação em saúde.

A origem de experiências similares que inspiraram o trabalho de Agente Comunitário de Saúde se situa temporalmente no início do século XX. Em 1920 no Canadá, o Estado estabeleceu princípios da medicina familiar em seu Sistema de Saúde, tomando a família como locus da intervenção e tratamento da doença. O aspecto preventivo, norteador da educação em saúde, passa a ganhar espaço na abordagem e discurso dos profissionais da saúde. Neste modelo, contudo, está ausente a idéia de territorialização baseado no mapeamento, na identificação e registro dos fatores de risco, e outras particularidades culturais como hábitos, crenças e costumes que identificam uma comunidade.

Na China, na década de 1940, o trabalho de Agente Comunitário de Saúde fora executado por camponeses. Pessoas simples das comunidades eram recrutadas pelo Estado como voluntários e que ficaram conhecidos como “médicos dos pés descalços”. Atuavam em pequenas cidades e vilarejos pobres, realizando visitas domiciliares a quem necessitava de cuidados primários; eram treinados para prestarem primeiros socorros. Com o advento da

Revolução Chinesa, o líder comunista Mao Tse Tung incorporou essa atividade laboral ao Sistema de Saúde neste país. Nesse contexto, países como a extinta União Soviética, Nicarágua e Cuba adotaram programas e políticas de saúde similares (ROCHA, 1998).

Seus fundamentos encontram-se no movimento sanitário e em experiências com os médicos pés descalços da China e similares em Cuba, Canadá e Inglaterra. Sua lógica baseia-se na prevenção, voltada a informação de noções básicas de higiene para o atendimento materno infantil e controle através de registro da população atendida por visitas domiciliares. Posteriormente, essas funções foram expandidas para a prevenção de doenças e promoção da saúde da comunidade (LIMA & MOURA, 2005, p.116).

As experiências dessas políticas e programas de saúde em diversas partes do mundo contribuíram para a construção das diretrizes e princípios que fundamentaram a criação e implantação de programas de caráter preventivo no Brasil, acrescido de um olhar institucionalizado para a dimensão social e política que contemplasse a concepção de cidadania ativa, a participação da sociedade, e o reconhecimento por legitimidade de movimentos por direitos civis e políticos, com vistas à construção de um Estado democrático, no qual a heterogeneidade cultural característica na formação da cultura brasileira sintetize a criação de um Estado-nação pós-colonialista.

Nesse contexto, o modelo de saúde comunitária se fortaleceu, propiciando a implantação de programas de caráter preventivo e educativo, com a perspectiva de promover ações e políticas voltadas prioritariamente para a saúde coletiva. A criação de Programas de Saúde como o Programa de Agentes Comunitários – PACS (1991) e o Programa Saúde da Família - PSF (1994), representam o ápice da introdução das experiências com a medicina preventiva no Brasil.

### **1.3 - O Sistema Único de Saúde e a descentralização das políticas de saúde no Brasil**

Na América Latina o interesse por um modelo de política de saúde preventiva começou a ganhar força a partir da década de 1970. Em 1978, ocorreu a Conferência Internacional Sobre os Cuidados Primários de Saúde, realizada na cidade de Alma-Ata na extinta União Soviética. A conferência de Alma-Ata passou a ser uma referência para os países da periferia latino americana e de outras partes do mundo, no que se refere à saúde

como um direito de toda sociedade. Uma meta a ser alcançada mediante a atenção primária à saúde calcada na participação comunitária, e na implantação de políticas públicas de caráter social como saneamento, vacinas, combate as doenças endêmicas, epidemias, etc.

A partir do compromisso firmado em Alma-Ata pelos países que compõem a Organização das Nações Unidas – ONU, a Organização Mundial de Saúde – OMS, e a UNICEF, questões como promoção e prevenção à saúde passaram a ser amplamente debatidos em fóruns e conferências em nível global. Em 1986, foi organizada a primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, realizada na cidade de Ottawa, Canadá. Na conferência foram discutidos os avanços com os cuidados primários em saúde, resultantes da Declaração de Alma-Ata. O resultado dessa conferência culminou em um documento denominado de Carta de Ottawa, cuja finalidade pautou-se em contribuir com a meta do acesso à saúde no ano 2000 e anos subsequentes.

A Carta de Ottawa defendeu, sobretudo, o princípio da equidade em saúde como premissa fundamental e necessária para a consolidação da Democracia e conseqüentemente para a construção da idéia de cidadania. Nesse sentido, reconhece a necessidade de integração de recursos fundamentais para a saúde como: habitação, educação, alimentação, renda, trabalho, recursos sustentáveis, dentre outros. Além disso, prevê uma ação coordenada entre governo e outros setores sociais e econômicos, indústria, mídia, e organizações civis e culturais (BRASIL, 2006).

Até meados da década de 1970, a idéia de saúde estava associada reduzidamente a ausência de doenças. Adiante, admitiu-se que as doenças estavam associadas aos espaços de desenvolvimento, aos hábitos de vida e aos comportamentos e respostas dos indivíduos em diferentes situações do cotidiano. O conceito ampliado de saúde é entendido como resultado de um conjunto de fatores socioeconômicos e culturais, que remete a condição de vida das pessoas, trabalho, saneamento básico, nível de educação, dentre outros fatores (BRASIL, 2006).

No Brasil, entretanto, a assistência à saúde estava limitada e condicionada à condição de trabalho da população. O acesso aos serviços de saúde contemplava somente aquelas famílias de trabalhadores que tinham emprego formal e registro profissional na carteira de trabalho. Esta categoria de trabalhadores, por sua vez, contribuía para as caixas de previdência, ou pagavam serviços médicos particulares. Por outro lado, os trabalhadores informais e a grande massa de desempregados estavam excluídos desse modelo de assistência à saúde, restando-lhes como último recurso recorrer às Santas Casas de Misericórdia, e aos

raros Postos de Saúde Municipais que funcionavam em condições de extrema precariedade, e sob a permanente pressão de uma extensa demanda reprimida (NUNES, et alli, 1980).

O movimento da Reforma Sanitária surge a partir de 1960 como um contraponto a este contexto de desequilíbrios e desigualdades. Inspirado em experiências de outros países e nas discussões e debates que ocorreram na Conferência de Alma-Ata, esse movimento social defendeu a inclusão de todas as parcelas da sociedade ao amplo acesso e a integralidade dos serviços de saúde dissociada da condição social e trabalhista dos indivíduos, mas sob a perspectiva de um direito social. Do ponto de vista político, este movimento defendeu a saúde como um campo estratégico da Política Nacional de Desenvolvimento, compreendendo-se que o desenvolvimento social e econômico do país está relacionado a um território livre de epidemias e ao controle sobre a proliferação de doenças infecto-contagiosas o que contribui para existência de uma população saudável, e, portanto, de homens e mulheres saudáveis para formar os quadros de mão de obra para o sistema produtivo, e não apenas como um mero apêndice da Previdência Social.

A partir de 1985, começaram os preparativos para a elaboração da nova Constituição Federal Brasileira. Em 1986, foi realizada a 8ª Conferência Nacional de Saúde e criada a Comissão Nacional da Reforma Sanitária com o desafio de formular as bases para a criação de um Sistema de Saúde no Brasil. Os debates e proposições suscitados na 8ª Conferência Nacional de Saúde provocaram mudanças substanciais acerca da concepção tradicional de saúde e os seus desdobramentos sociais e políticos, elegendo a proposição do direito aos serviços de saúde a **“todo cidadão, como um dever do Estado, garantindo acesso universal a todos os bens e serviços que a promovam e recuperem”** (BRASIL, 2006, p.12). Essa nova concepção da saúde se objetivou, em sua inclusão textual na Constituição Federal de 1988, particularmente no artigo 196 que em síntese ratifica: “a saúde é direito de todos e dever do Estado [...]”. A idéia de universalidade e equidade como princípios fundamentais norteadores do acesso aos serviços de saúde, suscitaram a criação do Sistema Único de Saúde – SUS, conforme indicado no artigo 198 da Constituição Federal. **“As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único”**.

#### **1.4 - Perspectivas de um novo paradigma na Saúde Pública no Brasil**

A emergência do modelo de Estado desenvolvimentista a partir de 1930 potencializou a expansão e o fortalecimento institucional do Estado brasileiro, com a criação de órgãos administrativos e de uma burocracia técnica voltada para o desenvolvimento econômico e aplicação de políticas sociais planejadas. A centralização aqui destacada perdurou até meados do final da década de 1970, caracterizada pelo controle dos recursos financeiros e estratégias políticas de uso exclusivo do Governo Federal.

Durante o período do Regime Militar esse quadro de concentração do poder foi infinitamente ampliado, registrando-se um rigoroso controle sobre a arrecadação dos tributos e conseqüentemente dos critérios sobre a divisão dessas finanças entre os Municípios, Estados e a União. Nesse sentido, os gastos públicos dos Estados e Municípios eram rigorosamente controlados pela União, e o repasse desses valores dependia exclusivamente do poder de barganha das elites regionais na sua relação com o Governo dos Militares. Entretanto, o modelo de expansão adotado pelo governo brasileiro contemplou a inclusão dos Municípios e Estados na esfera institucional e administrativa.

A forma de expansão do Estado que implicou o fortalecimento institucional e administrativo dos níveis municipal e estadual – paradoxalmente implementada no período de maior centralização financeira e política da história brasileira - em um contexto de crise das capacidades estatais do governo federal e do fortalecimento do poder político das elites regionais, explica boa parte da dinâmica do conflito federativo (ARRETCHE, 1996, p. 54).

O advento da descentralização modificou as redes de poder, quer em âmbito nacional ou local. Do ponto de vista político, significou a necessidade de reforma democrática do Estado reconhecendo e legitimando as instituições de participação que exerceriam um papel fundamental na conjuntura política e na criação de conselhos fiscalizadores formados por cidadãos representantes da sociedade civil e servidores públicos representantes do Estado, complementados por outros segmentos da sociedade. Ocorre que, a capacitação institucional e administrativa dos Estados e Municípios respectivamente, culminou na criação de dezenas de empresas estatais economicamente viáveis, afirmando a capacidade e autonomia desses níveis de governo no direcionamento da gestão pública.

A crise do Estado desenvolvimentista no decorrer da década de 1970, por sua vez, suscitou a construção “de um novo equilíbrio federativo”, ou seja, mudanças no âmbito fiscal, institucional e político. Nesse contexto, diversos atores políticos vieram à tona, saindo do anonimato para ganhar importância no cenário político. Assim, prefeitos, governadores, movimentos populares, e sindicatos passaram a exercer forte pressão e influência na correlação de forças com o Governo Federal.

A promulgação da Constituição Federal de 1988 concedeu maior autonomia político-institucional e tributária aos Municípios e Estados. Em contraposição, acirrou o conflito entre esses níveis de governo no que concerne à captação de recursos e investimentos. Finalmente, é necessário destacar, conforme Arretche (1996, p.54), a imprecisão sobre a idéia de uma descentralização plena no âmbito nacional.

Seria, assim, impreciso afirmar que tenhamos no Brasil um processo de descentralização das estruturas administrativas e das funções do Estado. Na verdade, para além dos esforços de descentralização de alguns programas públicos e dos resultados descentralizados que as iniciativas dos níveis subnacionais têm ensejado, não existe uma estratégia ou programa nacional de descentralização que, comandado pela União, proponha um rearranjo das estruturas político-institucionais do Estado.

A sistematização dos serviços de saúde sob a orientação do Sistema Único de Saúde se consolidou em dois princípios fundamentais: a universalização e a integralidade dos serviços de saúde, direitos fundamentais garantidos pela Constituição Federal de 1988. O modelo de descentralização no âmbito da saúde no Brasil orientou-se pela divisão de atribuições nos três níveis de governo: Municípios, Estados e União. Nesta ordem, coube aos Municípios a responsabilidade pela atenção primária dos serviços de saúde; os procedimentos médicos de média e alta complexidade ficaram sob a responsabilidade dos Estados e da União.

A atenção básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde no âmbito individual e coletivo que abrange a promoção, a proteção à saúde, prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e manutenção da saúde. Desenvolvido por práticas, sob a forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios delimitados. Tem a saúde da família como estratégia prioritária para sua organização de acordo com os preceitos do SUS (BRASIL, 2006).

Na esfera municipal, a estratégia idealizada pelo SUS, pautou-se na valorização e no fortalecimento dos programas de saúde de caráter preventivo, cujo objetivo primordial foi provocar mudanças de comportamento e de mentalidade no corpo social. Nessa perspectiva, a

educação em saúde emerge como premissa fundamental dessa estratégia, na medida em que apreende a saúde como um conceito ampliado onde aspectos sociais e psicológicos do indivíduo transversalizam a dimensão biológica do corpo. Esta última, associada à práxis cotidiana da medicina tradicional.

Não obstante, a Estratégia Saúde da Família foi idealizada como a ferramenta programática na construção de uma estratégia de política de saúde que visa reverter de um lado, os índices negativos de doenças endêmicas e epidemias, e de outro, o controle racional dos gastos públicos com saúde, e, finalmente, a garantia de investimentos assertivos que possibilitem melhor qualidade de vida para a população.

## **2 - O FENÔMENO DO CLIENTELISMO E O CAMPO DA SAÚDE PÚBLICA**

O segundo capítulo discorre sobre o fenômeno do clientelismo e suas metamorfoses, isto é, suas formas de existência em períodos históricos distintos e em sociedades heterogêneas. Suas múltiplas facetas, da antiguidade ao mundo contemporâneo, privilegiando o debate teórico segmentado por interpretações variáveis, sobretudo no contexto político do Brasil. Ademais, busca-se correlacionar algumas práticas clientelistas assimétricas inerentes ao campo da saúde, discutir a dimensão simbólica e o lugar dos sujeitos dentro de um campo social, compreender e interpretar os aspectos das dádivas e trocas de favores que orientam e legitimam as práticas sociais e políticas no campo da saúde.

### **2.1 Considerações sobre o fenômeno do Clientelismo político**

O fenômeno do clientelismo resiste ao tempo e as mudanças estruturais e conjunturais que marcam a (re) organização das sociedades ocidentais. Ao longo de séculos foi adquirindo novos formatos, se metamorfoseando de acordo com os ciclos socioeconômicos e a continuidade histórica da conjuntura política peculiar a cada sociedade. Todavia, o seu desenvolvimento é marcadamente recorrente em diferentes contextos políticos e institucionais até sua atual face na contemporaneidade. Portanto, não se trata de um fenômeno residual e estático como defenderam alguns estudiosos dessa problemática no campo da Ciência Política e Sociologia Política.

Conforme Rouland (1997), desde as mais remotas civilizações como a Grécia antiga, os povos etruscos, e em destaque o império romano, as práticas e relações clientelistas permeiam as relações entre os governos das mais variadas tipologias e vertentes ideológicas com a sociedade civil, representada por grupos de trabalhadores, famílias e indivíduos, ancorados por trocas políticas assimétricas, lealdade e assimetrias de poder.

A história social e a etnologia oferecem-nos muitos exemplos de relações ditas “de clientela”, colocando dois ou mais indivíduos em um relacionamento não-igualitário, onde um deles goza de uma posição de privilégio sobre o outro, ou outros, no plano econômico, político ou religioso (esses fatores diversos na maioria dos casos, são conexos), mas que por outro lado experimenta a necessidade de recorrer aos serviços dos seus subordinados. Se a clientela, no seu conceito genérico, representa uma manifestação sociológica universal, o fenômeno peculiar da clientela é uma exclusividade de Roma (ROULAND, p. 381, 1997).

As atitudes mentais e as práticas econômicas nas origens históricas de Roma apontam a invenção da clientela como fenômeno intrínseco relacionado à oligarquia pastoril no século VI a. C. O progressivo desenvolvimento econômico e institucional da cidade que transformou os fundamentos da vida social romana e elevaram os povos gentílicos a um patamar de riqueza e relevância dentro dessa sociedade, por outro lado, despertou na oligarquia pastoril o receio da perda de privilégios políticos, sociais e jurídicos, na medida em que estes grupos passam a dominar os novos processos econômicos. Assim, uma possível solução foi atrair os elementos mais importantes desse grupo para junto de seus interesses estabelecendo-se laços e relações de dependência que conforme Rouland (1997) “eis o significado da clientela primordial”. Com isso o autor conclui que as relações de clientela encontram sua gênese inicialmente nas relações intrapatronais entre grupos sociais dominantes.

A originalidade e autenticidade do estabelecimento da instituição clientelista em Roma e a sua história das relações de dependência, no entanto, é marcada por outra característica, qual seja: o da perenidade da clientela. O fenômeno do clientelismo esteve presente em todos os períodos da história de Roma, desde a Monarquia, o Império e a República. Durante o período republicano as relações de clientela se adaptaram de forma extraordinária mantendo as estruturas aristocráticas intocáveis impulsionando o fortalecimento dos grupos dominantes que souberam explorar de modo eficaz o contexto econômico.

Essa notável capacidade de adaptação dos relacionamentos clientelísticos não é devida unicamente à engenhosidade daqueles que os manipulam. Ela obedece a uma dialética precisa, nascida da interação entre as forças econômicas e a estrutura sociológica da autoridade política. Ambos os fatores contribuíram de igual forma para aquela capacidade de adaptação, pelo menos no período em que as relações de clientela influíam diretamente na vida política, representada pelos cinco séculos de duração do regime republicano (ROULAND, 1997, p. 382).

As grandes crises econômicas desempenharam um papel determinante nas mudanças que influenciaram a estrutura social e política das relações de clientela. A instauração do regime republicano e a pungente recessão econômica provocaram rupturas profundas que dilaceraram os perenes laços clientelísticos característicos do período da Roma Imperial. A ascensão da aristocracia gentílica em detrimento do sistema dominante oligárquico suscita o declínio das relações clientelistas em seu formato originário que remete ao século VI a. C.

As novas necessidades se distanciaram radicalmente daquelas obrigações e interesses outrora normatizados, o que conduziu a uma crise que incidiu diretamente no declínio dos

laços clientelísticos essencialmente em sua dimensão política e social diferenciando-o do formato da clientela característica do regime imperial. Todavia, isso não significou obviamente o fim do fenômeno do clientelismo, as obrigações clientelistas neste íterim passam a vigorar entre patrícios e plebeus.

O exercício do poder de uma minoria no regime republicano possibilitou a expansão das relações de clientela. A autoridade política em convergência com o sistema econômico influenciou objetivamente no desenvolvimento histórico do clientelismo desse regime no qual não havia espaço para a democratização de suas instituições. O controle e manipulação da dimensão econômica entre os grupos dominantes possibilitou o recrutamento incisivo, sobretudo de indivíduos oriundos das massas desprovidas de bens e excluídas das riquezas da cidade de Roma.

No Brasil, a gênese do fenômeno do clientelismo remonta ao período colonial. Vários autores do pensamento social brasileiro, dentre estes: Nunes (1945); Martins (1999); Carvalho (1987), identificam as práticas clientelistas como um fenômeno que permeia a organização política brasileira como um mecanismo de poder tradicional baseado nas trocas de favores e no apoio político entre sujeitos em posições de desigualdade.

A história do Estado brasileiro dos séculos XVI e XVII, que remete ao período colonial, caracterizou-se conforme Martins (1999), pelo domínio quase total do poder privado. De modo *sui generis* tudo pertencia ao rei e a sua corte: terras, riquezas, súditos, animais. A pequena parcela do que não se classificava como propriedade da monarquia, paradoxalmente constituía-se como de natureza pública. Gohn (1995, p. 210), assinala que “vários analistas da realidade social brasileira destacam o papel das relações patrimonialistas na formação histórica da cultura política brasileira”: Faoro (1958), Leal (1986), Baquero (1995), Holanda (1992), Da Matta (1993), Casanova (1995), dentre outros autores.

No Brasil contemporâneo, a distinção circunscrita acerca do que seja público e privado, ainda está distorcida pelo cenário da dominação política de grupos políticos que mantêm um controle ferrenho sobre instituições públicas mediante práticas clientelísticas e da troca de favores que se baseiam em uma visão perversa sobre a noção do público e do privado (DA MATTA, 1993).

De acordo com D’Avilla (2000), duas interpretações perpassam a tradição do campo intelectual do pensamento social no Brasil acerca dos problemas sociais crônicos que comprometem a qualidade de vida da maioria da população brasileira: o patrimonialismo, legado herdado pela colonização, e o mandonismo associado à frágil integração social da

sociedade brasileira. Essa perspectiva teórica aponta que estes elementos transversalizam o fenômeno do clientelismo, identificando-o com a concepção de atraso e/ou subdesenvolvimento que caracterizou o país durante todo o século XX.

As interpretações sobre este fenômeno sociopolítico e cultural em obras clássicas como “*Coronelismo, enxada e voto*” de Victor Leal Nunes (1945), e “*Mandonismo, coronelismo, clientelismo: uma discussão conceitual*” de José Murilo de Carvalho (1977) enriqueceu este campo de estudo, contribuindo para a compreensão e o debate teórico sobre o conceito de clientelismo e sua influência na organização da política brasileira como elemento propulsor de desigualdades sociais e dominação política.

Nesse sentido, a leitura que predominou sobre este fenômeno político no Brasil orientou-se para uma fórmula dicotômica que associava clientelismo ao atraso e universalismo à idéia de modernidade, enquadrando e reduzindo o conceito aos mecanismos pré-modernos de dominação no campo político. Assim, à medida que a sociedade moderniza suas instituições públicas e as formas de produção da economia pressupõem-se seu desaparecimento gradativamente natural. O fenômeno do clientelismo representa a antítese da idéia de cidadania que em tese o elimina na medida em que a sociedade se moderniza (D’ÁVILLA, 2000).

Bahia (1997), em sua obra “*Raízes e fundamentos de uma teoria de troca política assimétrica/clientelista*” se contrapõe à concepção de clientelismo como causa do atraso do Estado brasileiro ancorado nas premissas do patrimonialismo e mandonismo, que em sua leitura reduz as possibilidades de interpretação deste fenômeno pelos novos formatos que o clientelismo político incorporou na contemporaneidade. Em sua leitura, classifica o clientelismo como um fenômeno endógeno de organizações sociais heterogêneas, negando o caráter residual e estático das relações clientelistas.

A recorrente presença das práticas clientelistas na organização da política brasileira perpassa as mudanças socioeconômicas e socioculturais engendradas pela industrialização, crescimento econômico e urbanização das cidades, e a participação da sociedade na esfera pública.

Lenardão (2006), aponta que as desigualdades sociais e a exclusão política das classes populares na participação da dinâmica política do país fortaleceram na organização política da sociedade brasileira, e em sua cultura política, mecanismos de trocas assimétricas entre grupos sociais cujo conteúdo foi forjado no “favor” e no “arbítrio”, caracterizando essa organização social e a cultura que lhe é inerente. Nessa perspectiva, a consolidação política e

histórica destes mecanismos na atualidade favorece e legitima a adoção das práticas clientelistas como práticas políticas.

O clientelismo, enquanto fenômeno político, imprime seletividade social, incidindo na definição das políticas sociais. Caracterizam-se como trocas entre sujeitos, mediados pela prática do favor, estimulando ações seletivas que permeiam as relações Estado-Sociedade. Conforme, Seibel & Oliveira (2006, p. 135): “Essa lógica de ação político-administrativa, que se internaliza tanto ao nível dos formuladores das políticas como de sua clientela, expressa um jogo dissimulado de uma contratualidade não explícita que reduz a favores, direitos sociais e políticos”.

O caráter dissimulado das práticas e relações de clientela formaliza um quadro implícito da relação patrono/cliente no campo político e social. A normatização dessas práticas entre agentes sociais e lideranças políticas, representantes de governo e a sociedade, revela um traço marcante da cultura política brasileira. Não obstante, representa de um lado, a renovação da aliança entre o patrono e o cliente revelada pela lealdade aos agentes do poder, famílias tradicionais, e grupos políticos oligárquicos, a cada novo ciclo eleitoral, e de outro, a assimilação nefasta da seletividade social como uma conquista de notáveis diante da explícita segregação a campos essenciais como saúde, empregos e alimentação, fortalecendo os laços de dependência e negando a concepção de direito de cidadania e equidade social como princípios norteadores das sociedades democráticas.

## **2.2 - A saúde como mercadoria de trocas sociopolíticas**

“Nossa elite se caracteriza por uma prática arcaica e uma ideologia moderna”.

(DA MATTA, 1979)

A regulação do mercado econômico, suas variáveis, normas e determinações arbitradas pelas instituições financeiras multinacionais e bancos monetários sobre os diferentes setores da economia globalizada, característico das sociedades capitalistas modernas, encontram seu contraponto na dimensão orquestrada pelas trocas patronais, alianças políticas, dádivas e outras práticas sociais que redimensionam a lógica redistributiva da economia e da regulação do mercado, da produção de mercadorias e as formas de distribuição de riquezas e de poder. Nesse contexto, as relações que envolvem esse modelo de organização social como nos revela Marcos Lanna (1995) na sua obra: “*A dívida divina: troca*

*e patronagem no nordeste brasileiro*” corroboram com a realidade sociopolítica de grande parcela dos municípios que compõem a região Nordeste do país.

No campo da saúde como em outros campos sociais específicos, as trocas entre agentes sociais indicam substancialmente a lógica da organização política e hierárquica inerentes a cada território. Nesse sentido, as falas e depoimentos a seguir contribuem, relevantemente, para a compreensão dessa lógica hierárquica, e do exercício da hegemonia política a partir de um campo específico. Como segue:

Mediante os depoimentos dos profissionais sujeitos da pesquisa percebe-se nitidamente que:

*Às vezes tem um pequeno problema. É preciso resolver. Então o político arranja um carro pra levar o doente daqui pra ali. Ele deu uma solução a um problema pequeno que nem precisaria; mas, por falta de resolutividade, naquele momento, você sabe em tempo de eleição [...] (médica - PSF).*

*As trocas no setor saúde ocorrem em todos os níveis e em todos os sentidos, desde uma receita até a área de atendimento hospitalar. Imagine um paciente internado aqui no hospital há 16 dias aguardando uma cirurgia ortopédica e ter que vir um vereador falar ou de alguém de mais influência na política ter que mexer os pauzinhos para que esse paciente tenha assistência adequada (médico ex - PSF).*

De acordo com Lanna (1995, p. 33) “a modernidade brasileira” é criada num conjunto em que a elite refreia a competição, algumas vezes, transformando-a ou substituindo-a pelas trocas de favores, outras, mascarando essas últimas como se elas fossem relações impessoais de competição”.

A idéia de universalidade e integralidade como princípios que fundamentam e legitimam a criação do Sistema Único de Saúde - SUS, mediante a lei orgânica 8080/90 e 8142, atentam para a responsabilidade do Estado com relação ao acesso universal e a manutenção dos serviços e das instituições públicas de saúde como valores equitativos e democráticos, e que, portanto, reconhece o acesso à saúde como direito social de toda a sociedade civil. Nessa perspectiva, as práticas das trocas de favores nesse campo contribuem para a desconstrução da cidadania social.

Ademais, a idéia de modernidade que traz em seu cerne capitalista a competição de mercado como uma premissa essencial da economia neoliberal, embora seja o modelo hegemônico na macroeconomia do mundo globalizado, a sua lógica e racionalidade não está consolidada integralmente em todas as regiões e/ou cidades de sociedades capitalistas. Assim sendo, sem competição de mercado, a criação de grupos de monopólios e cartéis em um dado

segmento socioeconômico como a saúde, amplia a dependência e submissão de muitos que necessitam daquele serviço. Em contrapartida, fortalece o poder de dominação política e econômica das frações de classe que predominam sobre este segmento social. “É assim que por meio das mais variadas dádivas que o prefeito controla não só seus eleitores mas também “seus candidatos” a cargos públicos” (LANNA, 1995, p. 35).

Entretanto, não se pode afirmar que a lógica da competição de mercado capitalista seria um modelo econômico ideal e/ou mais humanístico; isso equivaleria negar a extrema desigualdade social como uma contradição intrínseca desse paradigma político-econômico, sobretudo no Estado brasileiro, onde essas desigualdades sociais se evidenciam de modo acentuado.

Com base no depoimento a seguir percebe-se que as idéias e as práticas sociais, quando incorporadas, encadeiam um sistema normativo de ação e de comportamento que está associado a um discurso dominante de classe, que comumente é imposto aos estratos sociais mais desprovidos de capital econômico e cultural:

*Uma mãe mandou um bilhete. Mandou uma criança doente com o pai porque ela não podia ir. Iria trabalhar. Ela fez um bilhete bem ao estilo dela. Disse assim: fulana, peço que você faça tudo para que a minha filha seja atendida; não se preocupe que na próxima campanha eu vou lhe ajudar a ser eleita vereadora. Quer dizer já está incutida na cabeça das pessoas, ela achou que dizendo isso eu ia me esforçar mais para que a filha fosse atendida. (enfermeira - PSF).*

Na concepção teórica de Lanna (1995, p. 30):

No Brasil, o capitalismo não é apenas “burocrático”, como mostra Martins Rodrigues (1994), mas assume também uma forma patronal, ou burocrático-patronal. Ou, ainda, essa burocracia não é apenas, nem primordialmente, “racional” no sentido de Max Weber, mas caracteriza-se muito mais por ser “hierárquica”, no sentido de Louis Dumont”.

Essa realidade é reafirmada por este depoimento:

*Este trâmite burocrático favorece as trocas. Vou falar com Y, X, vereador, um secretário que liga para o diretor do hospital ou cirurgião que tem amizade e então o serviço é feito. (assistente social - PSF)*

As evidências e nuances apresentadas acerca das práticas clientelistas e trocas de favores no campo da saúde, no contexto do município supracitado, configuram-se como práticas estratégicas de dominação e hegemonia política no interior desse campo, que, em sua essência, segrega e produz seletividade social. “As práticas das elites norteadas pela lógica dos favores se dissocia da própria concepção de moderna que a elite reivindica para si” (LANNA, 1995). Rouland (1997, p. 207) acrescenta que “da mesma forma como os clientes, os patronos podem esperar desses laços a satisfação de certos interesses de ordem econômica ou jurídica”.

Em outra entrevista, outro profissional relata:

*Em uma mobilização, nós presenciamos um trabalhador cobrando do vereador que estava na mobilização um favor particular prometido a ele durante a campanha: que era uns canos para fazer um serviço hidráulico na casa dele. Pela forma como foi cobrado, foi feito o trabalho eleitoral na comunidade, mas, o político não cumpriu o prometido (diretor SINDSAÚDE).*

Segundo relatos de outros profissionais entrevistados, as relações de trocas entre a categoria de ACS e atores políticos locais, especialmente, vereadores, se dão de modo bastante intenso, e não somente em períodos que antecedem o pleito eleitoral. “A troca de dádivas ainda gera não só a diferenciação entre trabalhadores, mas, também, e no mesmo processo, a hierarquia” (LANNA, 1995, p. 76). Analisando o conteúdo do fragmento do profissional acima, vê-se então reafirmada a realidade de que as dádivas e relações clientelistas são instituídas por assimetria. As alianças políticas e motivações dos agentes políticos na manutenção de trocas com esses profissionais da saúde são diversos. Entretanto, destaca-se o trânsito permanente desses profissionais nas comunidades e o acesso a centenas de famílias, como nos revelam uma profissional:

*Antigamente você ficava mais distante, o povo ia você consultava agora com o PSF aproxima mais, porque você faz aquele trabalho de reunião, visita domiciliar, tem o ACS o elo de ligação, você entra dentro da casa do usuário e a gente começa a conhecer aquele histórico da família, começa acompanhar bem de perto, a acompanhar (enfermeira - PSF).*

Diante do exposto, percebe-se que não somente o ACS desenvolve o papel de mediador das trocas de favores na área da saúde. Isso implica a participação de grupos de

profissionais de formações e níveis econômicos e culturais heterogêneos. “Esses vínculos não são preestabelecidos, mas são, simbólica e ontologicamente, contíguos ao compadrio, guardando com ele uma relação sincrônica, inseridos em um mesmo contexto” (LANNA, 1995, p.93). Esse processo implica que “os indivíduos submetidos a este poder só continuam nesta situação enquanto houver benefícios significativos emanados dessa troca, se os custos de retraimento forem muito altos, ou se forem incapazes de perceber uma alternativa” (LEVI, 1991, p. 79).

Outros depoimentos apontam nuances e desdobramentos dessa problemática:

*Por exemplo, você precisa de uma ressonância magnética, uma tomografia. É um ano pra se fazer em Mossoró, mas se você ligar e falar com a coordenação, às vezes, adianta. Existe isso ainda (ACS- PSF).*

*As pessoas que estão nas filas dos hospitais, que vão fazer cirurgias, que acontece um acidente, o inesperado, procuram esses atores e é aí onde eles atendem prontamente as pessoas e atuam muito bem. Esses atores políticos pegaram essas pessoas no momento mais difícil, da dor, do sofrimento (presidente do CMS).*

O fenômeno da doença como moeda de troca e barganha no setor da saúde pública é uma realidade proeminente de centenas de cidades do Nordeste e de modo mais genérico da realidade do Estado brasileiro. Quase nada é tão brutal e violento como o fenômeno da doença. Talvez a “morte ou coisa parecida<sup>1</sup>”, como diria um compositor de música popular do nordeste, provoque um impacto de uma magnitude sem precedentes na vida de um ser humano. A suscetibilidade e impotência do ser humano defronte a doença é facilmente constatada em hospitais e mesmo nos espaços privados de quem é acometido por uma dessas maléficas e indesejáveis patologias biológicas e sociais.

Diante do exposto, conclui-se que a imprevisibilidade da doença na vida de um indivíduo e, diante de sua impotência e vulnerabilidade biológica e social aos eventos externos, como se observa nas falas dos sujeitos entrevistados, podem condicioná-lo diante do sofrimento e da dor, diante de sua pobreza econômica e outras carências materiais e culturais, e, sem mais alternativas, a recorrência das trocas de favores com os agentes políticos acessíveis. A instituição do compadrio político é uma realidade reveladora da condição de dependência de grande parte dos estratos sociais modestos. Ou, noutra perspectiva, a reprodução de uma prática cultural peculiar a esse campo social específico. Nesse sentido,

---

<sup>1</sup> Fragmento da canção “Canteiros” interpretada pelo cantor cearense Raimundo Fagner.

como diz Laplantine (1991, p. 103), “a doença não é apenas um desvio biológico, mas é também um desvio social, e o doente é vivido pelos outros e se vê ele mesmo como um ser socialmente desvalorizado”. A partir dessas evidências o depoimento que segue ilustra a dimensão da dor e do sofrimento que a realidade impõe:

*A doença é uma coisa muito terrível que mexe completamente com toda a estrutura de uma família, de uma casa e de um ser humano. Existe, inconscientemente, junto à população ou doente, uma espécie de gratidão. Quando a gente tem um sucesso no atendimento, quando é prestada uma assistência diante de um infortúnio muito grande, como um acidente, o paciente entende ou o inconsciente dele cria uma espécie de sentimento de gratidão muito grande pelo profissional médico (médico – anestesiológico).*

A representação da doença no continente ocidental, em nossa cultura mais do que em outras partes do mundo, está associada intrinsecamente à desvalorização social, como um mal absoluto, no qual, estando o sujeito acometido por esse flagelo, está submetido em muitas situações à condição de pária, de excluído, um *outsider* condenado a enfrentar preconceitos e estigmas no meio social e familiar, um ser improdutivo para o mercado, impotente e descartável para a vida social. Laplantine (1991, p. 67) diz que “a doença é um acidente devido a ação de um elemento estranho real ou simbólico ao doente que, a partir do exterior, vem se abater sobre este último”.

Distintamente de outras questões discutidas e problematizadas nesse estudo no qual se observa a predominância de discursos e percepções heterogêneas, antagônicas, conflitantes e contraditórias, a problemática das trocas através de dádivas demonstrou nos fragmentos dos discursos dos sujeitos da pesquisa, pontos de convergência de olhares e percepções sobre o tema abordado. Em outros termos: demonstrou o reconhecimento da existência e práxis desse fenômeno sociopolítico no contexto do setor da saúde local. No entanto, cumpre destacar que essas impressões individuais expressam conotações e motivações ideológicas e subjetivas distintas. Logo, deduz-se que no campo da saúde, no lócus de interesse dessa pesquisa, é possível compreender a dinâmica das relações de poder que permeia as relações entre atores políticos, profissionais de saúde e a população, identificando o caráter assimétrico dessas trocas, e a hierarquia que predomina e orienta a lógica de distribuição de bens econômicos e simbólicos. Por fim, “a hierarquia no Nordeste não exclui, mas pressupõe violência e arbitrariedade, e ao mesmo tempo se nutre das relações de classe” (LANNA, 1995, p. 46).

### 2.3 - Relações clientelísticas e a saúde como dádiva simbólica

As relações clientelísticas entre patronos e clientes no Nordeste do Brasil pressupõe alianças políticas, relações intrapatronais e familiares, de compadrio, fidelidade, e dependência das trocas de favores e dádivas pertinentes às formas de produção, de reciprocidade hierárquica, de dívidas, que adquirem valor simbólico, e de relações marcadas por assimetrias (LANNA, 1995).

Martins (1999, p. 29) afirma que:

As indicações sugerem que o clientelismo sempre foi e é, antes de tudo, preferencialmente uma relação de troca de favores políticos por benefícios econômicos, não importa em que escala. Portanto, é essencialmente uma relação entre os poderosos e os ricos e não principalmente uma relação entre os ricos e pobres.

As práticas clientelistas no campo da saúde pública envolve uma complexa teia de relações e conflitos de interesses políticos e econômicos, rivalidades entre grupos políticos e diferentes agentes sociais (patronos/clientes) que atuam neste cenário. Durante o processo das entrevistas quando apresentamos essa questão, indagando sobre as trocas de favores no campo da saúde, os profissionais de saúde e sujeitos da pesquisa contribuíram com os seguintes relatos:

*Os ACS são tratados pelos agentes políticos como cabos eleitorais, então eles começam a gratificar por fora os ACS e esses vão usar o seu trabalho para pedir voto para àquela pessoa de má fé (médica - PSF).*

A profissional de saúde entrevistada destaca a participação da categoria dos ACS como cabos eleitorais durante os processos eleitorais no município de Mossoró-RN. Se de fato isso ocorre, mesmo que de forma velada ou explícita, é uma situação problemática, ao passo em que esse tipo de intervenção no jogo político descaracteriza o programa de ACS e o PSF como uma estratégia de política pública que em sua proposição político-social prevê a intervenção desses agentes sociais na diminuição das desigualdades sociais inerentes às comunidades em que atuam enquanto profissionais.

O profissional seguinte entrevistado corroborando nesse sentido, reafirmou:

*Muitos instrutores enfermeiros (as) do PSF dizem: eu faço vista grossa pra você, mas quando for na campanha me ajude ! O enfermeiro (a) através do gabinete lá de cima (ACS - PSF).*

Diniz (1982, p. 32) aponta:

O reconhecimento do direito de voto das massas, a necessidade de cortejá-las e organizá-las, transformando sua aquiescência em apoio eleitoral, criaram condições para a ascensão dos políticos profissionais, que assumiram a direção das organizações partidárias modernas.

Compreende-se que a ação da Estratégia Saúde da Família, enquanto modelo de política de saúde, em sua essência, almeja intervir e superar a dimensão do paradigma dominante dos processos saúde/doença amparado pela medicina curativista e, de outro lado por uma agressiva indústria de medicamentos com taxas exorbitantes de lucros. Essa estratégia de política de saúde intervém no campo social com o desígnio de contribuir na construção da cidadania social e não o seu inverso. As práticas clientelistas se relacionam intrinsecamente ao campo político e à ação de agentes sociais que “baseiam sua carreira e máquina eleitorais na capacidade de atender demandas de benefícios visíveis e imediatos em troca da garantia de votos” (MIRANDA NETO, 1986, p. 277). As práticas clientelistas são antagônicas ao ideal de cidadania social.

Os discursos sobre os saberes e as práticas sociais do ACS, apontam para pontos de vistas divergentes. Entretanto, o legado instituído pelo SUS, dentro dessa estratégia, o notabiliza como um personagem-chave dessa política de saúde, com ênfase na transformação do contexto social ancorada na reorientação da concepção do modelo de atenção à saúde, e como fomentador da organização e participação da comunidade para a construção do ideal de cidadania e da inclusão social de uma parcela significativa da população, que em seu cotidiano se depara com dificuldades de acesso aos serviços de saúde em nível da atenção básica (SILVA & DALMASO, 2002).

A ênfase apresentada pelos gestores públicos e articuladores das políticas de saúde nacional, de um lado, e de teóricos e pesquisadores dos campos das Ciências Sociais e Saúde Coletiva, de outro, sobre a relevância dessa categoria profissional no SUS, se dá sobre o enfoque de sua permanente inserção, maior proximidade e vivência com a comunidade. Aspectos que segundo Jacobi Lima (2005), o reveste da detenção num certo sentido de

“capital social” dentro do território socioespacial em que atua profissionalmente. Em contraste, Portes (2000) assinala que laços fortes nem sempre representam confiança e reciprocidade, problematizando sobre os limites conceituais do uso e interpretação desse conceito e seu uso instrumental sobre contextos e fenômenos sociais heterogêneos.

Nessa perspectiva, outros profissionais relatam que:

*A gente se depara constantemente aqui no serviço com vereador ou os parentes e/ou pacientes com nomes do vereador para vir tirar o doente da maca do corredor. Isso chega a margem do ridículo, pois diante da doença não era para existir nada disso. Quando se vai pedir uma ambulância é necessário que se diga o apelido do pai (genitor), pois se disser o nome o político irá saber com quem ele vota. (médico)  
Esses atores políticos pegaram essas pessoas no momento mais difícil. Se tiver um velório este ano na cidade não se ver nenhum político, mas vá em 2012 que terá político disputando voto ao lado do cadáver (presidente do CMS).*

“Os laços clientelistas são particularmente nítidos no que diz respeito à relação representantes - representados, no âmbito do legislativo local” (DINIZ, 1982, p. 104). A referência ao compadrio político fica explícita na fala do profissional de saúde que expressa indignação com essa realidade. Com efeito, percebe-se em muitos casos que, mesmo aqueles profissionais que não compartilham ou discordam desse sistema de trocas de favores, não raro, em algumas circunstâncias se tornam reféns dessa relação clientelista, na sua condição de servidor público.

A legitimidade da autoridade política em nossa sociedade perpassa a dimensão institucional no sentido moral do termo, isto é, das práticas e ações licitadas a partir de um sistema de normas e regras que normatizam e regulam as relações sociais em detrimento do controle social e da participação da sociedade nos processos dirigentes. Desse modo, compreende-se que o campo político é o lugar por excelência de lutas e correlações de forças e disputas ideológicas, conflitos que não obstante, se direcionam para a conquista do poder econômico e da hegemonia política (GRUPPI, 1978). Em contrapartida, Lanna (1995, p. 42) acrescenta que:

Praticamente não há, entretanto, competição entre patrões, que se relacionam por meio da troca de favores – que obviamente implica assimetria – ou ainda por meio de inimizades faccionais. Os conflitos interpatronais não assumem assim a forma de uma competição regulada por mecanismos de mercado, mas sim a forma de oposição política, que muitas vezes se nutrem de violência.

Na região Nordeste do país a história política de grupos oligárquicos em disputa pela hegemonia política e econômica em seus territórios é marcada por guerras, atentados e mortes de correligionários, familiares, e políticos, na guerra de posição e do poder. Um dos casos emblemáticos dessa saga política entre famílias e grupos oligárquicos nordestinos pelo poder político e econômico ocorreu no estado da Paraíba em meados da década de 1930. Evento que culminou no assassinato do ex-governador João Pessoa, líder de um bloco político, e como resposta posteriormente na execução do também ex- governador João Suassuna,<sup>2</sup> líder de outro bloco político da região.

Este episódio histórico de conflitos intrapatronais entre grupos oligárquicos do Nordeste repercutiu na conjuntura da política nacional da época. O governador em exercício João Pessoa era cotado para compor a chapa de Getúlio Vargas como vice-presidente da República, tendo sido interrompido, prematuramente, o seu projeto político. O seu assassinato serviu de pretexto para a deposição do presidente Júlio Prestes do Governo Federal e desencadeou uma série de atentados e mortes “inexplicáveis” que, finalmente, culminou no golpe de estado imposto pelo bloco político que apoiava o até então candidato Getúlio Vargas. Esse episódio da história política do Brasil ficou marcado como “a Revolução de 1930”.<sup>3</sup>

Tanto as relações patrão-empregados como as intrapatronais são concebidas pela dádiva e pela dívida como uma forma da dádiva, tal fato não exclui a presença das forças, de arbitrariedade e toda sorte de constrangimentos que incluem rivalidade intrapatronais, isto é, não se resumem a violência do patrão em relação aos seus empregados. As relações de troca de dádiva não excluem, mas pressupõem rivalidade (LANNA, 1995, p. 32).

A “política do favor” é um lugar comum no cotidiano de inúmeras comunidades e transversalizam as relações entre *patrons* e clientes. A normatização dessa prática está cristalizada nas práticas culturais e sociais, e, portanto, no comportamento e nas relações estabelecidas entre indivíduos, representantes políticos e as instituições prestadoras desses serviços. Contudo, é necessário ressaltar, que a política do favor não é uma exclusividade dos estratos populares da sociedade. “Não só os pobres, mas todos os que, de algum modo, dependem do Estado, são induzidos a uma relação de troca de favores com os políticos”

<sup>2</sup> O ex-governador João Suassuna, líder dessa família tradicional do estado da Paraíba é pai do reconhecido escritor nordestino Ariano Suassuna autor do clássico “O auto da compadecida”, dentre outras obras literárias.

<sup>3</sup> Fonte: Documentário da TV Senado sobre a história política da Paraíba.

(MARTINS, 1999, p. 29). O depoimento que segue reafirma essa relação peculiar aos estratos que compõem a elite política e econômica do Estado:

*Vou contar uma história que uma família me contou. Quando Dr<sup>a</sup> Rosalba atendia no HRTM chegou uma criança muito doente de uma comunidade onde ela atendia. Ela fez os primeiros procedimentos na criança, ligou para José Agripino que era governador na época e do mesmo partido, pediu um avião e transferiram a criança para Natal. Foi algo muito bom para a família e para a criança, mas e as outras crianças e pacientes internados no hospital que estavam também doentes e alguns em pior situação que aquela criança por que não tiveram o mesmo tratamento? Todas essas atitudes são utilizadas na saúde como barganha e projeção política. Essas pessoas que estão no governo estão baseadas nisso, e têm muitos assim (tec. de saúde).*

O fato citado ilustra com propriedade as interfaces do clientelismo político ancorados na seletividade social e segregação, entretanto, sempre conservando a assimetria e “reciprocidade hierárquica” como essência dessa relação. A dimensão da cultura da apropriação do público pelo privado ultrapassa todos os segmentos institucionais e de classe. Do mesmo modo, estratos privilegiados da sociedade se alimentam e fortalecem a política do favor, desenhando um ciclo vicioso de corrupção e clientelismo político. E, por conseguinte, impossibilitando uma nítida distinção entre as dimensões do público e do privado como analisam alguns autores: Carvalho (1999); Martins (1999); Da Matta (1993); Acirole (2006).

De acordo com as explicações de outros profissionais entrevistados, que transitam no cenário político local, alguns atores são peças-chaves na articulação e mobilização política dos eleitores em busca de sufrágios e apoio político como revela esses fragmentos dos discursos:

*Eu sou agente político também. Geralmente eu trabalho. Na campanha passada, eu trabalhei para alguns candidatos. Não quero me vangloriar, mas eu fui uma peça fundamental na vitória de dois deputados (as), porque o grupo tinha 104 ACS. Fui eu que articulei o grupo. Fiquei com 74 ACS trabalhando dia-a-dia na campanha, 74 ACS. Entendeu?(ACS).*

*Existem aquelas pessoas que vivem para trabalhar para os políticos e pedir voto para procurar. Os próprios presidentes dos centros comunitários se envolvem dizendo que vão trabalhar para a comunidade. Mas realmente, por trás daquele serviço, o que existe é o interesse político partidário. Existe o interesse para a troca de favores. Ele diz que trabalha para a comunidade e, a prefeitura em si e dá cobertura a ele arranjando um emprego, um cargo comissionado para a família dele. Também há essa intermediação. Existe isso. A própria pessoa fica assim na retaguarda, mas está ali fazendo com que a pessoa entenda que esta havendo aquela troca de favor; que entenda e aí vote (enfermeira - PSF).*

*Essa intermediação é feita pelos líderes apoiadores. Todo bairro tem um conselho comunitário, associação, cooperativa. Esses líderes estão ligados a A ou B que estão muito ligados a estes políticos. Então tem essas pessoas que fazem essa travessia de coisas a serem resolvidas. Eu vejo que muitos profissionais estão próximos a políticos (presidente CMS).*

*Junto com um grupo de ACS trabalhei para um vereador aqui do município. Fizemos um trabalho e já estava bastante desenvolvido, quando um candidato (a) a deputado (a) soube do trabalho e ligou pra mim: “fulano, quero falar com você”. Fui até a sua casa e ele disse: “quero os ACS fazendo a minha campanha”. Prontamente respondi: “dê-me às condições e vou conseguir”. Numa semana consegui reunir 150 ACS .Eu tenho acesso aos ACS. Questão de liderança (ACS - PSF).*

No processo das entrevistas, quando indagados sobre quais agentes sociais executavam essa mediação da relação clientelística entre o patrono e o cliente, como nos revela esse depoimento, a figura do presidente de conselhos comunitários de bairros foi citada nesta e em outras falas por outros interlocutores, e, sobretudo, seguido pelo ACS. Nos relatos, é possível apreender que estes agentes políticos possuem uma importância diferenciada na intermediação das trocas. Além disso, na classe política entre os agentes políticos com representatividade no governo o destaque é atribuído ao vereador como intermediador das relações clientelistas. Contudo, não cabe aqui generalizar essa afirmação, mas, considerá-la relevante para a compreensão dessa dinâmica das trocas de favores e alianças políticas. Portanto, estes fatos são indicadores que auxiliam na compreensão da dinâmica dos laços de clientela no contexto de interesse desse estudo. Ademais, sobre os processos de mediação política acrescenta Diniz (1982, p. 217):

Na relação clientelista, é essencial o papel do político enquanto mediador entre as demandas e as decisões capazes de atendê-las. Os mecanismos impessoais e universalistas de canalização e processamento de demandas cedem lugar a vínculos de cunho pessoal entre líderes e sua rede de indivíduos ou grupos subordinados.

Conclui-se a partir destas reflexões que a mediação ou intermediação entre atores sociais e instituições, acerca das relações clientelistas, são instituídas numa amplitude e dimensão complexa e relacional de atores e cenários múltiplos, em cada lugar ou mediante o papel que exerce esse agente político no seu campo de atuação profissional ou de influência política como bairros e comunidades. A essência das dádivas e dívidas, e práticas clientelísticas pressupõem-se relações assimétricas e hierárquicas.

Nos fragmentos de texto a seguir essa realidade é reafirmada:

*Eu vou dar um exemplo: eu trabalho com um vereador; eu posso muito bem ir falar com a coordenação: olha, tem uma pessoa assim, assim. Tem como melhorar a situação? Tem como fazer isso ou aquilo? (ACS - PSF).*

*Geralmente é o vereador, se não é o vereador é uma pessoa ligada ao vereador. Quando é prestação de serviço, por exemplo, tem carros que são alugados ao município para prestar serviço de levar as pessoas para a zona rural. São carros de vereadores (ACS - PSF).*

*Se tem uma pessoa que precisa de um serviço e tem aquela fila bem grande, alguém liga pro secretário, ele tenta furar aquela fila, e consegue (ACS).  
Muitas vezes esses pacientes quando não conseguem atendimento, vão parar na Promotoria da Saúde. Então, o serviço é feito de forma obrigada ou **através de favores (grifo do autor)** e, lá na frente, a gente vê, que foi através da política. Não sei se deveria estar falando nisso. É vergonhoso, mas é constante a troca de favores. Exemplo disso é o caso dos pacientes que procuram a Promotoria. O promotor liga para a Gerência de Saúde e a Gerência para dar uma resposta, liga para o hospital que tem o serviço para oferecer; o diretor do hospital determina que seja feito aquele atendimento e assim vai. Mas, de repente, os gestores dos hospitais, quando necessitam de alguma coisa, utilizam essas trocas: presta um serviço que o outro não tem e pede a essas pessoas aquele serviço, principalmente do privado, para o público e fica essa troca criando vínculos. E isso vai se acumulando (assistente social - PSF).*

A seletividade social compõe e expressa um dos aspectos do clientelismo político. Essa proposição não se reduz, entretanto, a uma representação negativa sobre o fenômeno da seletividade social no sentido exposto. Seleção implica elencar o que é melhor entre elementos, e nesse sentido remete-nos a uma representação positiva e meritocrática, segundo os critérios consensuais dessa realidade. Em contraposição, outro aspecto da relação clientelista traz em seu cerne o elemento da segregação. Logo, compreende-se que, enquanto um elemento inclui (seletividade) a sua antítese (segregação) exclui, criando uma relação antagônica e contraditória que implica conflitividades. Parafraseando Lanna (1995, p. 74) “a **“saúde”** (grifo do autor) continua sendo constituída por meio de dádivas e concebida ela mesma como dádiva”.

Cabe ainda ressaltar sobre essa relação de trocas o seu papel relacionado à propaganda eleitoral:

Sabemos que nos laços de clientela não entram apenas os pobres diabos, em busca do seu pão de cada dia. Os que não possuem um grande nome de nascença, nem apoios seguros, devem recorrer a esse esquema: ser cliente não representa um título, mas pode constituir um trampolim político quando se escolhe bem o seu patrono. Podemos dizer então que as relações de clientela equivaliam ao papel que hoje desempenham a propaganda eleitoral e seus diversos suportes publicitários (ROULAND, 1997, p. 205-206).

A troca de favores permeada por benefícios econômicos encontra suas *nuances* e múltiplas facetas no cotidiano relacional entre sujeitos e instituições públicas, cuja mediação é realizada por agentes públicos, comumente, vinculados a atores políticos e a um patrono político local. No campo da saúde, as relações de clientela ultrapassam a dimensão meramente econômica e empregatícia. A troca de favores se orienta, sobretudo, pela necessidade de acesso aos serviços de saúde, como por exemplo, a realização de exames (média e alta complexidade), consultas, acesso a medicações, internações em leitos de UTI, transporte de doentes para um centro especializado, cirurgias, entre outros. Serviços de saúde pública e de caráter universalizante com fins coletivos perversamente reorientados para fins de interesse individualizados, legitimado pela relação patrono/cliente. Nunes (2003, p.27), destaca que “a relação *patron-cliente* define um tipo especial de troca assimétrica”.

Típico desse processo seria o uso privado das instituições públicas, que a versão da democracia contemporânea tem possibilitado em que os poderes e os interesses econômicos utilizam os poderes políticos e as instituições democráticas para continuar a exercer, com legitimidade e eficácia, sua dominação e seu regime de enriquecimento (BAQUERO, 2001, p. 101).

Finalmente, o Sistema Único de Saúde - SUS - no Brasil, pressupõe a prevalência de formas de inclusão a todos os elementos ao sistema, isto é, o acesso universal e a integralidade de cuidados nos serviços de saúde para todos os cidadãos brasileiros, e que, portanto, os critérios dessa universalidade independe da classe e estratos sociais, grupo étnico ou facção política e traduz um direito social imutável e constitucional aportado na idéia de cidadania social, equidade e democracia. Nesse contexto, segundo Weffort (1993, p. 122):

É preciso consolidar a democracia e, ao mesmo tempo, ajustar a economia. Isso significa que, no mesmo momento em que nos empenhamos em consolidar a democracia, devemos estar preparados para medidas econômicas que implicam um custo social tão elevado que colocam em questão a própria democracia.

No entanto, essa versão de democracia na contemporaneidade no Brasil, permite a perversidades que contradizem o próprio receituário liberal e sua proposta de um estado de bem estar social. No Brasil, essa proposta não se consolidou efetivamente em sua plenitude em virtude do conservadorismo das elites políticas do país e da austeridade econômica imposta, sobretudo, à classe trabalhadora. Em conseqüência, na década de 1990 ocorreu a

abertura e expansão da economia para o capital internacional, e concomitante a isso, a arbitrariedade de reformas políticas e econômicas impostas pelo paradigma neoliberal.

### 3 - PROGRAMAS DE SAÚDE PACS/PSF E A DINÂMICA DO CAMPO POLÍTICO

O terceiro capítulo discorre acerca da criação e implantação dos programas de saúde PACS/PSF no Brasil, para em seguida situar historicamente a implantação desses programas no município de Mossoró-RN lócus do estudo. Ademais, visa refletir e compreender a dinâmica do cenário político local e sua relação com o campo da saúde, abordando a projeção de velhos e novos agentes políticos, suas estratégias de poder e de dominação e os desdobramentos que tecem a história política local.

#### 3.1 - Arranjos Teóricos Sobre a Concepção de Campo Social

O sociólogo francês Pierre Bourdieu em sua reflexão sobre a sociedade contemporânea, no conjunto de sua obra, produziu um quadro teórico no qual destaca duas categorias centrais como cerne de sua sociologia reflexiva: o conceito de campo social e o de *habitus*. O conceito de campo social que interessa em particular a este estudo corresponde à existência de um espaço social estruturado por diferentes agentes sociais que ao construir relações sociais, protagonizam disputas e conflitos no intuito de conservarem suas posições no interior de um campo social específico ou no empenho de construir estratégias de subversão a posição de submissão em que se enquadram dentro de um quadro social hierárquico assimétrico.

Os recursos ou capitais utilizados pelos agentes sociais em constantes disputas e conflitos são distribuídos e acessados de modo desigual, produzindo a partir da posição individual ocupada na escala social do campo, limites de ação e atuação inerentes ao espaço social, assim, desenhando um mosaico social formado por agentes que integram frações de classe dominantes e dominadas, demarcando as posições e papéis que estruturam este espaço social marcado e redefinido por uma história específica que organiza, distribui e estrutura um campo social específico.

A dominação não é o efeito direto e simples da ação exercida por um conjunto de agentes (“a classe dominante”) investidos de poderes de coerção, mas o efeito indireto de um conjunto complexo de ações que se engendram na rede cruzada de limitações que cada um dos dominantes, dominado assim pela estrutura do campo através do qual se exerce a dominação, sofre de parte de todos os outros (BOURDIEU, 1996, p.52).

Para Bourdieu, é imprescindível compreender como o conjunto de capitais são distribuídos no contexto de um espaço social constituído, isto é, como os agentes sociais incorporam e toma para si os capitais econômico, cultural, social e simbólico, o que irá determinar objetivamente as posições ocupadas pelos agentes sociais nesse campo e, portanto, na distribuição de poder e na configuração de um jogo onde as regras e normas impostas orientam àqueles que se propõe a jogar ou em outros termos a lutar por uma posição social, cujo reconhecimento e valor são superiores a posição ocupada originalmente no interior desse campo. Todavia, cada campo específico devendo seguir uma dinâmica e lógica particular.

Embora reconheça as limitações dos agentes sociais sob a perspectiva de transformar ou conservar a estrutura engendrada no espaço social, o autor reitera que é possível haver resistência e construir estratégias de subversão e de outro modo possibilidades de enfrentamento político, uma vez que, os agentes sociais anseiam e lutam por interesses pessoais e de suas famílias. Almejam transformar a sua história de vida e ascender socialmente a partir do universo de possibilidades que a realidade do contexto social do campo no qual se insere lhes possibilita. Assim sendo:

Essa estrutura não é imutável e a topologia que descreve um estado de posições sociais permite fundar uma análise dinâmica da conservação e da transformação da estrutura da distribuição das propriedades ativas e, assim, do espaço social. É isso que acredito expressar quando descrevo o espaço social global como um campo, isto é, ao mesmo tempo, como um campo de forças, cuja necessidade se impõe aos agentes que nele se encontram envolvidos, e como um campo de lutas, no interior do qual os agentes se enfrentam, com meios e fins diferenciados conforme sua posição na estrutura do campo de forças, contribuindo assim para a conservação ou a transformação de sua estrutura (BOURDIEU, 1996, p. 50).

A dinâmica pertinente aos distintos campos sociais detém uma lógica peculiar que orienta os agentes sociais e instituições nas disputas por posições e pela hegemonia no interior de cada campo específico. A análise desenvolvida neste estudo acerca do campo da saúde (sem pretender ser reducionista) destaca este campo como um espaço social significativo de disputas pelo poder econômico e político protagonizado pelas elites locais no município de Mossoró-RN. No entanto, para além das propagandas coloridas em *outdoors* espalhados pelas principais vias urbanas da cidade, o campo da saúde local revela nuances revestidas de interesses políticos e econômicos que transforma este campo específico como um espaço social diferenciado no engajamento de lutas e disputas, objeto primordial de conquistas na

disputa pela hegemonia política encenada pelas facções que compõem a oligarquia política local.

Nesse contexto, a área da saúde é considerada estrategicamente nas duas últimas décadas (1990/2010) como o principal aporte político nos discursos e propagandas midiáticas como o setor que mais se desenvolve em termos de acessibilidade e atenção à saúde o que equivale a uma “garantia” de melhor qualidade de vida para a população local. Faz-se necessário destacar que as lideranças das facções políticas que compõe a oligarquia política local são proprietários das principais instituições de saúde privadas que prestam serviços ao Sistema Único de Saúde (SUS). Questiona-se: o que está em jogo nessa disputa? Os repasses de cifras milionárias regulamentados pelo Ministério da Saúde constituem o alvo de disputas políticas e judiciais constantes, seguidas da distribuição de responsabilidades sobre os níveis de atenção à saúde pública.<sup>4</sup>

Como revela a matéria publicada em um jornal local, colocando em destaque esse conflito. Sob o título: “*Prefeitura de Mossoró volta a atrasar repasse de verbas do SUS destinados à Casa de Saúde Dix-sept Rosado*” a matéria jornalística descreve o confronto político entre as duas facções que disputam a hegemonia nesse território no qual o campo da saúde constitui um dos principais cenários ou espaço social da ocorrência de lutas e confrontos pelo domínio nessa seara.

Mais uma vez, a Prefeitura Municipal de Mossoró (PMM) atrasou o repasse das verbas oriundas do Sistema Único de Saúde (SUS) destinadas à Casa de Saúde Dix-sept Rosado (CSDR). Até o momento, o repasse referente à produção de setembro ainda não foi efetuado. Os valores foram depositados pelo Ministério da Saúde na conta da PMM no dia 4 de outubro, ou seja, há praticamente um mês (...) "É um absurdo, um atraso que não se justifica, uma vez que a própria Prefeitura assinou um documento se comprometendo a efetuar esse repasse até o dia 30 de cada mês, explica o diretor da CSDR. FONTE: (O MOSSOROENSE, 02/NOV/2011).

O campo da saúde pública no Brasil é caracterizado por uma alta demanda de procedimentos e serviços, necessitando de profissionais especializados e equipamentos modernos, que auxilie no diagnóstico e tratamento em diferentes especialidades e níveis de complexidade no atendimento. O *déficit* existente das demandas dos serviços de saúde adicionado às crescentes e incessantes novas demandas produzidas pela população, confere ao Governo Federal uma revisão e atualização contínua dos recursos repassados aos municípios

---

<sup>4</sup> Na atualidade os valores repassados pela Prefeitura Municipal de Mossoró para à Casa de Saúde Dix-sept Rosado equivale entre 300 e 400 mil R\$ mensais. Fonte: (Ministério da saúde, 2011).

da federação, evento que gera imenso interesse para os empresários-políticos que detêm o domínio econômico deste campo e que pode refletir e influenciar (guardadas as devidas proporções) na dinâmica do campo político local, isto é, o potencial capital econômico e simbólico que é construído a partir da inserção e atuação de agentes sociais atuantes nesse espaço social.

No contexto do campo da saúde na urbe mossoroense, a formação de redes profissionais atreladas ao poder público local possibilita a composição de um robusto sistema de trocas de favores e clientelismo político. A influência de agentes políticos (cabos eleitorais) no comando das instituições públicas de saúde favorece e fortalece os patronos políticos dominantes e seus agregados ao passo que alimenta um sistema de seletividade dos serviços de saúde a partir de trocas de favores pautados em afinidades políticas com uma parcela significativa da sociedade, sobretudo, as parcelas da população mais desprovidas de capital econômico.

A apropriação privada de bens e de serviços públicos na área da saúde é uma realidade comum em territórios governados por grupos que estão no poder há várias gerações. O capital simbólico e econômico que é adquirido em um determinado campo, e transmitido através de redes familiares, possibilita um intenso patrimonialismo de recursos coletivos de caráter público. O aparelhamento das instituições de saúde pela influência político-partidária constitui, por conseguinte, a efetivação de uma cidadania regulada cujos critérios de inclusão e exclusão aos serviços e instituições de saúde se efetivam em inúmeras ocorrências por medidas clientelistas permeadas por trocas assimétricas.

### **3.2 - Programas de Agentes Comunitários de Saúde e Estratégia Saúde da Família no município de Mossoró-RN**

A descentralização do sistema de saúde pública no Brasil fomentou a implantação de diversos programas de saúde. Dentre estes, destacou-se o Programa de Medicina Preventiva do Estado do Ceará na região nordeste do país. Trata-se do Programa de Agentes de Saúde – PAS, projetado pela Secretaria de Saúde do Estado. Criado em 1987, como mais uma estratégia de um programa emergencial de combate à seca, cujo objetivo era gerar emprego e renda para a população (MINAYO, 1998).

Ocorre que nesse período, além da problemática da seca, o estado cearense apresentava índices alarmantes de mortalidade infantil, mortalidade materna, poliomielite, sarampo e desnutrição; contexto social que ilustrava o quadro de calamidade pública dessa região como uma das mais agravantes do Brasil e da América Latina.

O difícil acesso aos serviços de saúde era generalizado. Os profissionais médicos eram raros nessa região; as cidades dispunham de pouquíssimas enfermeiras e quase nenhum laboratório para análise de exames clínicos, o que completava a paisagem da caatinga cearense. A implantação do PAS ao longo de cinco anos, modificou a paisagem da trágica situação de saúde da população cearense, ao passo que, gradativamente, obteve avanços significativos dos índices sociais, isto é, da diminuição da mortalidade infantil e materna e da ampla cobertura de vacinas em todas as cidades do Estado. A contratação de milhares de trabalhadores (as) não-qualificados para exercerem a função de Agentes de Saúde, em sua maioria mulheres, modificou, significativamente, o quadro sociocultural dessas comunidades (MINAYO, 1990).

O sucesso do programa e o baixo custo para sua manutenção foram fatores determinantes para a sua consolidação definitiva. Assim, a base do PAS se constituía a princípio de uma enfermeira-supervisora e um grupo de Agentes de Saúde, tornando possível uma experiência bem sucedida de descentralização na esfera da saúde pública no Brasil. Posteriormente, este modelo foi oficialmente adotado como um programa estratégico de política pública nacional.

Contudo, mesmo diante dos sólidos resultados obtidos pelo PAS, houve certa resistência dos prefeitos em aderirem a este programa de saúde em função da contratação destes profissionais ficarem sob o controle e responsabilidade do Estado, bem como, pelo aumento das responsabilidades pertinentes aos municípios com os serviços de saúde. Da mesma forma, profissionais da área de saúde como médicos e enfermeiros respectivamente, inicialmente não reconheciam a eficácia e relevância deste modelo de programa de saúde. Conforme afirma Tandler (1998, p. 59):

A resistência dos profissionais de saúde à introdução de paraprofissionais nos programas de saúde como do Ceará, frequentemente, contribuiu para que o setor público tenha maior dificuldade em prestar a devida atenção e financiar adequadamente a medicina preventiva do que a enfrentada pelos programas de saúde curativa.

Em contraste, a preocupação do Estado se dava em torno das práticas clientelísticas nos municípios. Daí a estratégia de controle sobre a contratação dos Agentes de Saúde, ficando a cargo do município apenas a contratação e remuneração da enfermeira supervisora. Adiante, o ranço clientelista incômodo para o Estado foi superado.

O Estado abrandou de três modos seus temores quanto ao clientelismo e à contratação de tantos novos funcionários públicos. (...) contratou funcionários sem a costumeira estabilidade de emprego, dando-lhes apenas contratos temporários (...) manteve os fundos para o salário dos agentes não apenas fora das mãos dos Municípios como também longe da secretaria de saúde (...) e deixava para cada município a contratação e pagamento de uma ou duas chefes de enfermagem (TENDLER, 1999, p. 42).

O enfoque publicitário idealizado pelo Estado acerca das virtudes e conquistas do PAS reverberou, expandindo-se, positivamente, sobre as comunidades, que logo se incumbiram de pressionar o poder executivo local na adesão do programa. Posteriormente, a adesão ocorreu em cadeia, visto que os gestores locais perceberam que poderiam beneficiar-se politicamente das ações positivas desse programa. A descentralização ocorre na medida em que as atribuições e responsabilidades relativas ao funcionamento do programa são divididas entre o Estado e Municípios.

O processo de contratação dos Agentes de Saúde pautado no mérito individual, certamente influenciou decisivamente no desempenho dessa nova categoria de trabalhadores, e em contrapartida, o olhar construído pelas comunidades assistidas sobre o PAS. O prestígio e o status conquistados por estes trabalhadores na comunidade elevaram o capital social provocando uma mudança comportamental e de mentalidade nessa categoria de trabalhadores acerca dos problemas de saúde e na relação destes com as famílias assistidas. Nesta perspectiva, a participação popular tornou-se uma realidade nessas comunidades. Os indivíduos comuns transformaram-se em controladores públicos, fiscalizando comumente o trabalho dos agentes de saúde.

Não é preciso dizer que as promessas transformaram dezenas de candidatos rejeitados em controladores públicos bem informados de um novo programa no qual o potencial para abuso era alto. De fato, os membros da comunidade frequentemente comunicavam às chefes de enfermagem quando os agentes estavam violando as normas (TENDLER, 1998, p.50).

Outro aspecto fundamental para o êxito do programa, diz respeito à conquista da confiança que foi construída entre estes trabalhadores (as) e a comunidade. As orientações educativas sobre saúde preventiva, os cuidados com as vacinas e o desenvolvimento nutricional das crianças, dentre outras ações, fortaleceram reciprocamente o respeito e a confiança, logrando reconhecimento profissional e, por fim, consolidando uma coesa rede de sociabilidade comunitária.

O Programa de Agentes Comunitários de Saúde - PACS, foi criado em 1991, pelo Ministério da Saúde inspirado na experiência do Programa de Agentes de Saúde – PAS do Estado do Ceará e em outros projetos focalizados no trabalho da saúde dentro do contexto social das comunidades/bairros. O PACS tinha como principal missão aproximar a população dos serviços de saúde, cuja mediação seria realizada pelo Agente Comunitário de Saúde, informando e orientando a comunidade, mapeando e identificando os agravos de saúde nas áreas de sua atuação. Inicialmente este programa de saúde foi implantado na região nordeste em decorrência dos altos índices de pobreza, da problemática da fome e da seca. Problemas estruturais incontestemente marcaram o quadro sociopolítico deste período, tornando-se lugar-comum em todos os Estados da região, mas, sobretudo, em decorrência do alarmante quadro de desnutrição, mortalidade infantil e materna dentre outros problemas como a tuberculose, sarampo, cólera, que vitimaram milhares de famílias (BRASIL, 1994).

Para a promoção da saúde da comunidade, a estruturação do PACS tinha em seu funcionamento a coordenação de uma enfermeira-instrutora responsável pelo treinamento e monitoramento dos agentes de saúde que formavam a equipe. A atuação do programa foi direcionada para um território geograficamente delimitado no qual cada agente de saúde ficou responsável por um número fixo de famílias. Na zona rural a média era entre 100 e 150 famílias, na zona urbana entre 200 a 250 famílias. O distanciamento existente entre esta categoria de trabalhadores e as instituições de saúde (UBS) constituiu-se como um fator que dificultava na resolução dos problemas identificados e registrados durante as visitas domiciliares, não havia para onde encaminhar essas famílias que na maioria dos casos não vislumbravam nenhuma solução para seus problemas de saúde (BRASIL, 1994).

O Programa Saúde da Família – PSF foi elaborado pelo Ministério da Saúde em 1994. A estratégia política deste programa foi idealizada para trabalhar a prevenção de doenças e a promoção da saúde como a principal estratégia da política de atenção básica da saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. É resultado do amadurecimento do Programa de Agentes Comunitários de Saúde - PACS, na medida em que trabalha com a mesma política de

prevenção às doenças e promoção da saúde como ações complementares aos cuidados de assistência na atenção básica e a idéia de territorialização, ou seja, uma área de atuação delimitada geograficamente e um número de famílias previamente definidos.

Este programa organiza-se em torno de equipes compostas por multiprofissionais: médico (a), enfermeiro (a), auxiliar de enfermagem e um grupo de seis ou mais agentes comunitários. Foi estabelecido pelo SUS, que cada Equipe de Saúde da Família seria responsável pelo acompanhamento de 800 famílias ou 2.400 a 4.500 pessoas (BRASIL, 1994).

O pacto de gestão firmado entre as três esferas de governo para gestão do SUS entre (Municípios, Estados e União) correspondente a seu financiamento, preconiza que a Estratégia Saúde da Família é de responsabilidade dos municípios. De acordo com o pacto de gestão acordado entre as três esferas de governo, estabeleceu-se que os repasses financeiros do Governo Federal fossem encaminhados diretamente para Fundo Municipal de Saúde – FMS, prioritariamente para os municípios que trabalham a atenção básica em saúde (SCHNEIDER, 2007).

As discussões que fomentaram a descentralização dos recursos públicos modificaram as redes de poder no cenário político em âmbito nacional e/ou local. Do ponto de vista político, conforme Arretche (1996) significou a necessidade da reforma democrática do Estado, reconhecendo e legitimando as instituições participativas que exerciam um papel relevante na correlação de forças da conjuntura política desse contexto histórico-social.

### **3.3 - O campo político e a saúde pública em Mossoró-RN**

“Todas as esferas do ser social são atravessadas pela política, contêm a política como elemento real ou potencial ineliminável” (Coutinho, 1981).

O Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) foi implantado no município de Mossoró em meados de 1992. A seleção pública foi realizada no dia 07 de dezembro de 1991, em 07 de fevereiro de 1992 foram convocados 184 Agentes Comunitários de Saúde para se apresentarem a 2ª Regional de Saúde - RN. Nesse período, a gestão do PACS era de responsabilidade do governo do Estado do Rio Grande do Norte. Os ACS convocados participaram de uma capacitação, um treinamento realizado durante uma semana com o objetivo de combater um forte surto de cólera que ameaçava se tornar uma epidemia na região. Os ACS foram alocados em barreiras sanitárias, monitorando as entradas da cidade,

notificando casos suspeitos e divulgando sobre os cuidados preventivos e tratamento da doença (MOSSORÓ/GERÊNCIA DA SAÚDE, 2010).

De acordo com um profissional ACS entrevistado, foram momentos difíceis e de muito aprendizado: *“Passamos os seis primeiros meses sem receber salário; não foi assinado nenhum contrato, foi de boca mesmo. O Secretário de Saúde era Gustavo Bulhões. Com quatro meses de atraso houve a primeira paralisação. Foi no governo de José Agripino”*.

Após a implantação do PACS em 1992 ocorreu a municipalização da saúde pública no Município. Em Julho de 1995 havia 16 Unidades Básicas de Saúde; em cada unidade foi implantada uma Equipe de Saúde da Família (ESF), totalizando 16 equipes, distribuídas em bairros periféricos e regiões distintas da cidade. Nesse ínterim, o governo municipal ganha autonomia sobre a gestão plena, ou seja, autonomia de contratos e negociação de convênios com prestadores de serviços, clínicas, maternidade, fornecedores de insumos, medicações, etc.

No Município de Mossoró o Programa Saúde da Família foi implantado no ano de 1999, inicialmente, com quatro Equipes de Saúde da Família, selecionadas e treinadas por uma equipe de médicos cubanos, coordenados pelo médico Johny Cinema. Cada equipe foi formada por um médico generalista, enfermeira, auxiliar de enfermagem e um grupo de seis Agentes Comunitários de Saúde. As primeiras Equipes de Saúde da Família foram implantadas nos bairros: Belo Horizonte, Liberdade II, Bom Jesus e Estrada da Raiz<sup>5</sup>. Atualmente, estão em atividade no município 60 ESF e 439 ACS e o número de famílias acompanhadas por este programa é de 58.876 (GES, 2010).

A expansão dos programas PACS/PSF na segunda metade da década de 1990 no município de Mossoró representou um avanço para o segmento da saúde local, relevante do ponto de vista da assistência à saúde em nível de atenção básica. Os investimentos do Governo Federal em convênio com a gestão executiva do município na contratação de novos profissionais de saúde com especializações técnicas qualificadas para um ambiente de trabalho de caráter multiprofissional necessário à formação das Equipes Saúde da Família possibilitou a contratação de dezenas de profissionais e a construção de novas Unidades Básicas de Saúde - UBS, bem como a aquisição de equipamentos e insumos para o setor da saúde pública local. De acordo com o profissional entrevistado que acompanhou os processos de desenvolvimento da rede de saúde no município:

---

<sup>5</sup> A gerência da saúde não expôs as razões e critérios das escolhas desses primeiros bairros.

*A expansão da rede de serviços aqui em Mossoró está associada a vários fatores, mas não podemos nos desligar e sermos despolitizados e não achamos que a intervenção política partidária não se dá também nesse aspecto. Criar uma UBS às vezes é criada, mas por estratégias eleitorais, estratégias de campanha, estratégia de determinados grupos mesmo. Estratégia de política de saúde não é. (presidente do CMS).*

Ainda com relação a essa temática complementa:

*A rede privada de saúde de Mossoró cresceu bastante, não por causa da implantação desses programas da rede básica de saúde. Cresceu porque **nós** (grifo do autor), em Mossoró, somos uma cidade de referência para a região [...] Quem termina o curso superior de medicina coloca lá seu gabinete para atender, e faz uma janela lá no PSF. O que é essa janela, essa vitrine? Eu vou pra o PSF num bairro de Mossoró e atendo duas mil pessoas, entendeu? Então é uma janela, uma vitrine para o meu consultório.*

No primeiro momento o profissional entrevistado dissocia a expansão da rede de serviços de saúde da implantação do PSF, justificando o crescimento pela procura de usuários de outras cidades circunvizinhas. Adiante acaba revelando a influência dos programas de saúde, especificamente o PSF, para dar visibilidade aos profissionais de saúde que se tornam empresários nesse campo, e que, por sua vez, fortalece a rede privada de serviços de saúde em detrimento do setor público. Analisando e refletindo acerca da contradição inerente aos dois discursos proferidos por esse gestor e profissional de saúde, percebe-se uma dualidade de papéis sociais e posições durante o exercício do seu discurso. No primeiro fragmento do conteúdo, o discurso é lançado do lugar ocupado pela personalidade do militante político, enquanto que no segundo o “nós”, como primeira pessoa do singular, revela o gestor que destaca a referência da rede de serviços de saúde do município de forma mais moderada com uma conotação que ressalta a qualidade dos serviços de saúde.

O ponto de vista sobre a expansão da rede de serviços de saúde elencados pelos demais profissionais de saúde revela certa homogeneidade quando são expostos por profissionais ligados ao principal grupo político oligárquico local, aponta como principais causas o crescimento populacional, a implantação dos programas PACS/PSF e a migração de novos profissionais recém-formados para o município em busca de oportunidades de trabalho e de investimentos em seu próprio negócio. Os entrevistados (as) afirmam:

*A expansão da saúde em Mossoró foi gigantesca. Foi um crescimento absurdo, esses anos; depois, com a primeira administração de Rosalba, ai começou-se a construir UBS, e a contratar profissionais de saúde. Então foi uma expansão muito grande. A contratação de profissionais foi uma coisa assim absurda! Tanto médicos como outros profissionais! (médica PSF).*

*A demanda tem aumentado desde a década de 1990, quando foi aumentando a necessidade de ampliação dos serviços de saúde. A necessidade é tanta, que quase todo bairro aqui em Mossoró tem UBS (enfermeira - PSF).*

*Acho que a expansão está relacionada à municipalização da saúde e por Mossoró ser uma cidade pólo, tem UBS em quase todos os bairros da cidade (ACS - membro do CMS).*

Na reflexão de Bourdieu (p.185, 2002), “o campo político é, pois, o lugar de uma concorrência pelo poder que se faz por intermédio de uma concorrência pelos profanos”. Percebe-se que a alusão à expansão da rede de serviços de saúde, exposta por estes agentes sociais, se direciona para a perspectiva da esfera da saúde pública e em destaque a construção de novas UBS que alude ao período de governo da ex-prefeita e médica Rosalba Ciarlini, líder política desse grupo. Outra justificativa presente nas respostas dos entrevistados foi ancorada na expressão “cidade pólo” que remete a influência econômica e de mercado de bens de consumo e serviços sobre os municípios que compõem a região oeste do Estado. Noutra perspectiva destaca outro profissional entrevistado: “A expansão da rede de serviços na cidade está muito relacionada com essa situação atual que é de caos nos serviços e deve-se única e exclusivamente a fatores políticos” (médico, ex-presidente da associação médica).

A partir de 1991 com a implantação e expansão desses programas de saúde, mediante incentivo do Ministério da Saúde, e que coincide com a primeira gestão da então prefeita, Rosalba Ciarlini, a expansão da rede de serviços de saúde aumentou de modo expressivo, atraindo dezenas de novas especialidades médicas. Surgiram no sistema de saúde local, novas clínicas, laboratórios de análise e hospitais. Em contraposição, outros tantos estabelecimentos de saúde fecharam suas portas, sobretudo, aqueles de caráter filantrópico e de economia mista, que foram anexados ao setor privado. Exemplo disso foram os tradicionais estabelecimentos de saúde: Hospital Duarte Filho e a Maternidade Santa Luzia.

No dia 30 de novembro de 2000, o jornal “Gazeta do Oeste” registrou em sua edição:

*Apesar do regimento estabelecendo que a destinação dos recursos do SUS teria como prioridade os hospitais públicos, seguidos das instituições de caridade e, deixando por último, as unidades particulares, o relatório desses recursos mostra que em Mossoró a situação é totalmente inversa. Um seleto grupo composto de unidades hospitalares recebeu a bagatela de R\$ 4.383.027,60 do SUS, entre Janeiro e Outubro*

deste ano. Para os hospitais públicos do município, o valor destinado é quase quatro vezes menor: R\$ 1.135.648,00. Os hospitais privados absorvem 80% dos recursos do SUS.

Conforme Bourdieu (2005, p.12) “a classe dominante é o lugar de uma luta pela hierarquização dos princípios de hierarquização: as frações dominantes, cujo poder assenta no capital econômico, têm em vista impor a legitimidade da sua dominação”.

Onze anos após a divulgação dessa matéria jornalística e entrevistando um gestor da área da saúde, recuperei essa questão, questionando sobre a situação da distribuição dos repasses do SUS na atual conjuntura. O interlocutor expressou surpresa com o conteúdo da pergunta, mesmo porque esta não fazia parte do roteiro da entrevista. Após breve pausa respondeu:

*É uma distribuição injusta. Porque o povo não tem o serviço como deveria ter. Até porque nós temos uma dificuldade de contratar os serviços privados. Daqui a alguns dias irão contratar leitos de UTI e será de um hospital privado, porque no hospital público não tem mais esses leitos. A gente precisa fazer uma discussão sobre isso. **Eu acredito que os repasses ainda estão nesta meta de 80%**, (grifo do autor). É muito alta! Nós temos aqui o HRTM que pode fazer um bom serviço para esta demanda. Temos essa discussão no próprio Conselho de Saúde da construção de hospital municipal e vamos fazer com que os recursos sejam alocados para isso. Mas, é muito difícil fazer esse debate, porque nós temos aqui na cidade grupos que oferecem estes serviços há décadas, donos de clínicas e hospitais, etc. Então, o investimento é muito alto para se equipar um hospital público, pois muita gente não será a favor (Presidente do CMS).*

É necessário ressaltar, entretanto, que com o direito adquirido sobre a gestão plena dos serviços de saúde do município e com a descentralização dos recursos pelo SUS, o que significa recursos diretos para o Fundo de Participação Municipal - FPM, o governo municipal passou a negociar diretamente com os fornecedores e prestadores de serviços privados como forma complementar de atender as demandas da atenção à saúde, o que é absolutamente legal do ponto de vista constitucional e perfeitamente aceitável dentro do marco regulatório preconizado e normatizado pelo SUS.

Ninguém, presumivelmente, negaria que cuidados médicos são uma forma legítima de necessidade. Mesmo que a necessidade não fosse facilmente definida e medida. Se queremos obter uma medida normativa de justiça social temos primeiro que definir e medir a necessidade de um modo socialmente justo. Por exemplo, a categoria “serviços de saúde” compreende uma variedade de subcategorias, algumas das quais, tais como cosmético cirúrgico e massagens nas costas, podem

razoavelmente ser tidas (ao menos em nossa atual sociedade) como não essenciais (HARVEY, 1980, p. 86-87).

O que chama atenção, contudo, é o fato dessa rede de prestadores de serviços, isto é, clínicas, laboratórios, hospitais, lojas de materiais hospitalares, em sua maioria pertencerem a esse grupo familiar como segue: Casa de Saúde Dix-sept Rosado, Maternidade Almeida Castro, Hospital Wilson Rosado, Clínica Oitava Rosado, dentre outros estabelecimentos de saúde, ou pertencerem a famílias e grupos tradicionais agregados a essa oligarquia política. A expansão da rede de serviços para além do crescimento da demanda populacional e de maior acessibilidade aos serviços de saúde relativos ao nível da atenção básica no SUS configura, por conseguinte, uma estratégia política e econômica desse grupo político oligárquico.

Ainda com relação à distribuição dos serviços de saúde e suas especificidades em níveis de atenção à saúde, outro profissional entrevistado contribuiu com um relato precioso para a compreensão da resolutividade das demandas do setor inerente à saúde pública e suas alocações de recursos públicos:

*Você sabe quanto é gasto com uma UPA por mês? Eu já fiz uma avaliação e levei essa discussão para o Conselho Municipal de Saúde. Fui quase crucificado. Por quê? Nós pegamos o mês de março do ano passado e fizemos um levantamento de quantos atendimentos de urgência foi feito no bairro Santo Antonio; de 940 atendimentos somente 16 eram de urgência o restante eram todos da atenção básica. Pra que nós termos o posto de saúde e não funcionar, tá entendendo, mais ou menos, o que nós estamos gastando? Estamos jogando dinheiro no mato com atendimento que não é pra ser feito, se o PSF funcionasse não tinha pra que existir UPA não (tec. de saúde - PSF).*

Esse relato é revelador quanto às formas de distribuição dos serviços de saúde mas, principalmente, com relação à qualidade dos serviços ofertados e ofertas existentes de demandas dos serviços. Por outro lado, é esclarecedor quanto à problemática das demandas reprimidas. Se os serviços ofertados pelas UBS não estão acessíveis ao conjunto da população, para onde estas famílias de estratos sociais modestos encaminharão as suas necessidades de resoluções para seus problemas de saúde? As UPAS foram construídas para atenderem as demandas de emergência, e, se de fato a maioria dos atendimentos se concentram nos cuidados primários, que são demandas pertinentes ao nível da atenção básica, o prejuízo de dinheiro público é imenso. O investimento financeiro para se manter um aparelho de saúde especializado como as UPAS requer um custo financeiro elevado. Nesse sentido, é necessário redefinir a ordem das necessidades dos serviços de saúde.

A necessidade pode ser determinada por meio da *demandas de mercado*. Onde quer que as facilidades estejam operando bastante próximas da capacidade, podemos aceitar que há uma necessidade não satisfeita da população, e deste ou daquele modo justificar a alocação de mais recursos para expandir os serviços médicos. Esse procedimento somente é aceitável se podemos supor, razoavelmente, que nada está inibindo a demanda (como falta de dinheiro ou falta de acesso às facilidades). Aceitar a demanda de mercado como medida socialmente justa da necessidade requer que as outras condições prevaletentes na sociedade (que afetam ao mesmo tempo a demanda e a oferta) sejam elas próprias socialmente justas. Isso não é, usualmente, o que ocorre, e esse método de determinar necessidades é por isso, provavelmente, socialmente injusto (HARVEY, 1981, p. 87).

Com relação à avaliação que os sujeitos da pesquisa fazem sobre a implantação do PACS/PSF eles destacam que houve avanço:

*De 1998 até 2002 o PSF funcionou do jeito que a legislação manda: que é trabalhar a parte preventiva. De 2003 pra cá, com a implantação de novas equipes os serviços não melhoraram. De 1998 a 2002 pode-se dizer do PSF bom; na época o governo era de Rosalba. Dai depois de 2003, pra cá, com o surgimento de Fafá, o que aconteceu é que PSF tinha muito mais trabalho na parte preventiva do que hoje, que só trabalha a parte curativa. Houve um retrocesso (ACS - PSF).*

*Apesar de tudo, houve um avanço. Porque nós não tínhamos nada, a verdade é essa. Hoje Mossoró tem uma rede de serviços com 52 UBS nos quatro cantos da cidade, inclusive na zona rural (Presidente do CMS).*

E acrescentam apresentando as contribuições e o funcionamento na prática:

*Foi muito importante a implantação dos programas PACS/PSF, pois contribuiu muito e ainda continua contribuindo para aproximação da população com o usuário e vice-versa; melhorou muito o serviço de saúde (enfermeira – PSF). Olha, eu falo que esses programas não estão funcionando bem por muitos fatores (médica - PSF).*

*Porque o que a gente via no papel, na teoria, na prática era outra coisa. Este serviço não está funcionando a contento (assistente social - PSF).*

De uma maneira geral a maioria dos sujeitos entrevistados reconhece a importância destes programas para o setor da saúde no município supracitado. Nas falas, percebe-se que predomina uma avaliação positiva em relação ao funcionamento dos programas PACS/PSF, sobretudo, relacionado ao período do governo municipal anterior (Rosalba Ciarlini) do qual

parte desses agentes sociais expressa afinidades políticas. As avaliações negativas, por outro lado, contextualiza o tempo presente. Como a Estratégia de Saúde da Família está funcionando na conjuntura do governo atual; isso está relacionado à conflitividades e tensões entre as facções políticas no interior desse grupo, isto é, a distribuição de poder. Para Lanna (1995, p.76) “é importante notar que o faccionalismo é antes de mais nada um fenômeno político”. A dinâmica da distribuição de poder está associada:

A posição de um determinado agente no espaço social pode assim ser definida pela posição que ele ocupa nos diferentes campos, quer dizer na distribuição dos poderes que atuam cada um deles, seja, sobretudo, o capital econômico - nas suas diferentes espécies – o capital cultural e o capital social e também o capital simbólico, geralmente chamado de prestígio, reputação, fama, etc. (BOURDIEU, 2005, p. 134)

Alguns campos sociais (*guardadas as devidas proporções*), dentro de um contexto histórico-social específico, pode revelar-se ou não mais profícuo para a hierarquização na luta pelo poder político, econômico e simbólico, de grupos e frações de classes. Nesse sentido, ao entrevistar alguns atores que transitam no campo político do lócus do estudo, elencou-se alguns apontamentos interessantes para a análise, como segue:

*Acho que todo campo é importante para a projeção. Se você fizer um bom serviço de professor, de qualquer coisa que você faça; se você é bom, você pode se projetar (ex-vereadora e médica - PSF).*

Analisando a fala da entrevistada percebe-se que em relação a qualidade do trabalho desenvolvido por um profissional e o talento que lhe é inerente constitui um fator preponderante para sua projeção e que isso independe do campo em que este sujeito se relacione. Todavia, é preciso atentar-se para o lugar do sujeito no interior desse campo, isso implica em primeira instância o seu capital econômico que no sentido exposto não significa necessariamente capital monetário individualizado, mas, a estrutura político-econômica que assegura a sustentação simbólica e material das ações e discursos que permeiam a trajetória política desse sujeito, ou de outro modo, nas palavras de Rouland (1997, p. 379) “da eficácia dos sustentáculos clientelísticos”.

Os partidos políticos nessas circunstâncias exercem um protagonismo com relação a essa problemática. Assim sendo, “a hierarquia que se estabelece entre as espécies do capital e a ligação estatística existente entre os diferentes haveres faz com que o campo econômico

tenda a impor a sua estrutura aos outros campos” (BOURDIEU, 2005, p. 135). Os partidos políticos nessa circunstancia exercem um protagonismo com relação a essa problemática. Há profissionais que assumem claramente a utilização do campo da saúde em benefício político:

*Infelizmente, a realidade nos mostra que as pessoas utilizam o campo da saúde para se projetarem politicamente. Seja até no campo sindical ou político os servidores ou não da saúde utilizam a área da saúde para se promoverem politicamente (diretor do SINDSAÚDE).*

*A cidade de Mossoró é o centro da base nesta região. É uma cidade pólo do oeste e atende todas essas áreas. Tem um olhar direcionado pelos profissionais de saúde e pelos políticos: aqui é que eu vou me dar bem (assistente social – PSF).*

*Em minha opinião é. Você pode ver: Tem muitos médicos que ingressam na política, principalmente nas cidades do interior, porque se formam já com aquela visão de se envolverem na política e não começa nem assim como vereador, já vai direto como candidato a prefeito (enfermeira- PSF).*

Na percepção desses profissionais o campo da saúde pública em Mossoró apresenta-se como um cenário diferenciado para a projeção de atores políticos na esfera política local. Partindo dessa premissa alguns aspectos seriam determinantes nesse processo como: a promoção política através de eventos ou obras que tragam visibilidade e sirvam como vitrine, marketing para a criação da imagem de bom governo, a idéia de desenvolvimento associada à expansão da rede de serviços de saúde, a formação profissional, isto é, o status e valoração que predominam sobre algumas formações profissionais como no caso dos médicos, e, sobretudo a doença como fator de desequilíbrio econômico e psicossocial do indivíduo e da família. “Não há sociedade onde a doença não tenha uma dimensão social, sendo ao mesmo tempo a mais íntima e individual das realidades, dando um exemplo concreto da ligação intelectual entre a percepção e o simbolismo social”<sup>6</sup> (LAPLANTINE, 1991, p.02). Assim, fragilizado e impotente diante do dilema da doença e do sofrimento o ser humano se encontra em situação de maior vulnerabilidade social e dependência de outros atores sociais. Em suma, a dependência dos indivíduos e famílias se acentua proporcionalmente quanto mais se encontrarem desprovidos de capital econômico e cultural (BOURDIEU, 2005).

Rouland (1997, p. 382) argumenta:

---

<sup>6</sup> Fragmento de texto de autoria de Maria Helena Villas Boas Concone sobre o prefácio à edição brasileira da obra “Antropologia da doença” de François Laplantine.

O esquema clientelista, por certo, não se altera em suas estruturas essenciais, pois conserva sempre o cunho de uma relação de dependência, pactuada, na maioria das vezes livremente entre indivíduos juridicamente capazes, dando assim origem a obrigações cujo caráter sinalagmático impede sua redução a uma relação alienadora.

Com base nos depoimentos a seguir evidencia-se um ponto de vista adverso ao discutido nas outras falas e reflexões apresentadas nos textos precedentes:

*É muito diferenciado. A saúde é assistencialista. Ela não tem espaço para você crescer politicamente. Ela é assistencialista e muito assistencial, não tem como você prestar um serviço e amanhã cobrar da parte política a ninguém (ACS).*

*Eu não acredito nessa possibilidade. Até porque se projetar politicamente, não depende de um campo específico. Observe a liturgia política de Mossoró. Nós não temos tradição de pessoas que se projetaram na saúde ou que se projetaram num determinado campo. A nossa liturgia é a liturgia familiar não é um campo específico (presidente do CMS).*

Refletindo um pouco sobre esses discursos, percebe-se que no primeiro fragmento de texto apresentado há certa confusão do profissional com relação à dissociação do assistencialismo com a projeção política. No seu entendimento o segmento da saúde em sua natureza é assistencial, e, nessa perspectiva, não a vê como um serviço público, um direito social conquistado pela sociedade. De outro lado, isenta qualquer ação política na exigência de uma contrapartida eleitoral em forma de apoio político e sufrágios por parte dos usuários que necessitam e buscam os serviços do SUS. A seguridade social é uma premissa constitucional do Estado moderno de direito e um dos aspectos proeminentes das sociedades democráticas.

Levi (1991, p. 79), compreende em sua análise acerca da lógica e funcionamento das instituições que:

No mundo dotado de instituições que resolvem conflitos sociais existe ordem social, mas o poder de barganha dos indivíduos e o acesso a recursos coercitivos são desiguais. Estes aspectos constituem a base da rigidez e da instabilidade que observamos em arranjos institucionais. A capacidade de resolver conflitos na sociedade e dentro das próprias instituições repousa numa estrutura de recursos coercitivos e de barganha que habilita certos atores a efetivamente delimitar as decisões de outros. Aqueles que exercem este poder possuem os meios – e também o interesse - para manter os arranjos institucionais vigentes que satisfazem seus propósitos e reformar aqueles arranjos indesejáveis.

Na segunda alocução o entrevistado refuta com veemência o campo da saúde como um cenário específico para a projeção política neste território político-social atribuindo essa possibilidade a história e ao poder das famílias tradicionais. No entanto, a história do lugar nos mostra que alguns agentes políticos, sobretudo, lideranças da nova geração dessa oligarquia política construíram suas trajetórias na política utilizando como principal aporte o campo da saúde. O caso mais emblemático protagonizado no cenário político local é o da ex-senadora e atualmente governadora em exercício do Estado do Rio Grande do Norte, a médica Rosalba Ciarlini, que, não por acaso, tornou-se a principal liderança política desse grupo. A segunda facção que compõe essa oligarquia política tem como representante a deputada federal Sandra Rosado cujo capital político está associado fortemente às empresas que seu grupo possui no setor da saúde local.

Com esta reflexão não se pretende uma leitura reducionista e simplista dessa realidade marcada por tradição e arbitrariedade política. Obviamente, que outros campos sociais e outras práticas corroboram para essa hegemonia política, sobretudo, o fator econômico e apoio de outras famílias tradicionais. A ênfase colocada sobre o campo da saúde sumariamente dentro da perspectiva temporal do estudo que coincide com a implantação e expansão dos programas de saúde PACS/PSF se ocupa com os desdobramentos e *nuanças* que envolve a relação desse campo com a dinâmica do cenário político local. Em outros termos: com as práticas clientelistas e dádivas que permeiam e condicionam esse campo, cujos efeitos e eficácia simbólica traduzem a dependência de grupos de trabalhadores da saúde e das massas populares a patronos e representantes políticos no exercício da hegemonia e dominação política. Na análise teórica de Bourdieu (2005, p. 07-08) sobre o “poder simbólico” apreende-se que:

É necessário saber descobri-lo onde se deixa ver menos, onde ele é mais completamente ignorado, portanto, reconhecido: o poder simbólico é, com efeito, esse poder invisível o qual só pode ser exercido com a cumplicidade daqueles que não querem saber que lhe estão sujeitos ou mesmo que o exercem.

A invisibilidade e sutileza da eficácia simbólica na dinâmica de um determinado campo traduz o poder simbólico na luta hierárquica pelo poder de manipulação econômica, política e cultural inerente às sociedades capitalistas e suas classes dominantes, no qual essa

luta impõe às frações de classe e estratos dominados a hierarquização sistemática desse campo social específico.

### 3.4 - Novos agentes políticos: o campo da saúde como cenário de projeção política?

As eleições para disputa do poder executivo municipal em 1989 representa um marco para a renovação da saga da dominação política da oligarquia rosado como principal grupo político e econômico do município. Pela primeira vez na história do “*país de Mossoró*”<sup>7</sup> uma mulher elege-se para dirigir o poder executivo municipal. De formação profissional em medicina, especialista em pediatria e casada com um membro da família Rosado, a candidata Rosalba Ciarlini é alçada ao protagonismo no cenário político na figura de principal autoridade política local: prefeita.

O envelhecimento e fim da carreira política das principais lideranças desse grupo exigiu uma renovação dos seus quadros políticos, e para não quebrar a tradição, a premissa fundamental imutável e símbolo de poder oligárquico recai na escolha incontestada de representantes que possuam o peso do “sobrenome da família”, ato que remete ao imaginário coletivo e simbólico, ao enaltecimento de personalidades do passado (entes queridos, heróis locais (BRITO, 2003); posição e hegemonia no campo político, e na formação de mitos e de notáveis. Sobre este aspecto destaca uma profissional durante entrevista : “*a mais de setenta anos que esse grupo, essa família, a família Rosado impera aqui em Mossoró, a mais de setenta anos que eles não perdem o posto e tem que ser uma pessoa do sangue deles, entendeu?*”. Segundo Bourdieu (2005, p. 15) “os símbolos do poder são apenas capital simbólico objectificado e a sua eficácia está sujeita as mesmas condições”.

A legitimação via o imaginário recriado, passa a idéia de que os Rosados possuem os mesmos valores das alegorias, heróis e mitos dessas memórias e suas imagens. E que estão ali, como os guardiões do passado e do presente, e que precisam se legitimar através das urnas, para garantir a permanência e o futuro (LACERDA, 2001, p. 73).

<sup>7</sup> A clássica expressão “país de Mossoró” foi incorporada à produção literária local e ainda hoje continua sendo bastante mencionada nos Jornais locais e eventualmente por autores e pesquisadores que estudam a história da cidade ou temas relacionado a esse contexto socioespacial.

O poder econômico e simbólico no campo político de sobrenomes de famílias tradicionais em Mossoró-RN configura-se como um aspecto marcante da dominação política local. O centralismo característico desse grupo político traz em seu cerne ritualístico a marca do sobrenome como um princípio, um dogma, uma liturgia quase religiosa que se renova a cada novo pleito eleitoral, a cada nova geração, (re) inventando o lugar da família, dos novos medalhões ávidos pela perpetuação do poder político e um lugar na história; ver o seu nome eternizado em forma de ruas, praças, monumentos e outros espaços públicos<sup>8</sup>. Na análise de Bourdieu (2005, p. 146):

Todas as estratégias simbólicas por meio das quais os agentes procuram impor a sua visão das divisões do mundo social e da sua posição nesse mundo podem situar-se em dois extremos: o insulto, *idios logo* [...]; e a *nomeação oficial*, acto de nomeação simbólica que tem a seu favor toda a força do coletivo, do consenso, do senso comum, porque ela é operada por um mandatário do Estado, detentor do *monopólio da violência simbólica legítima*.

Em 2008, durante uma sessão extraordinária na Câmara Municipal de vereadores em Mossoró-RN, cuja pauta em debate na ordem do dia discutia a implantação do PCCR dos servidores da saúde, constava assuntos e temáticas do cotidiano da “Casa do Povo”, entre estes, a pauta sobre nomeações de ruas, praças e avenidas, e homenagens e congratulações a figuras ilustres da região. Essas práticas, grosso modo, são algumas das principais ocupações e atividades desenvolvidas nessa instituição por seus representantes políticos. Durante os encaminhamentos e debates, dois edis se pronunciaram sobre a pauta das nomeações. Na primeira situação uma vereadora do partido dos Democratas - DEM proferiu um longo discurso se posicionando contrariamente a nomeação de algumas ruas cuja proposta era homenagear cidadãos comuns das comunidades como os moradores mais antigos, comerciantes e funcionários públicos.

Na concepção dessa representante política ruas, prédios e outros espaços públicos não devem, sob nenhuma hipótese, receber nomes de pessoas comuns, pois como questionou a edil: “*qual a relevância, quais os serviços prestados dessas pessoas, que contribuições fizeram para o desenvolvimento da cidade?*”. O segundo edil defendeu a sua proposição de modificar o nome de uma das principais avenidas da cidade a Avenida Presidente Dutra em

---

<sup>8</sup> Outros estados do Nordeste como Bahia e Maranhão possuem oligarquias políticas que reproduzem essa prática política da nomeação e homenagens aos seus integrantes familiares como a família Magalhães e Sarney.

homenagem a um ex-líder político membro da oligarquia política local, em tom de exaltação e saudosismo político. “As tomadas de posição ideológica dos dominantes são estratégias de reprodução que tendem a reforçar dentro da classe e fora da classe a crença na legitimidade da dominação de classe” (BOURDIEU, 2005, p. 11).

O grupo composto de políticos e intelectuais omitem ou camuflam a posse, que nivelaria os mesmos a outras oligarquias regionais. Portanto, fica melhor falar em lugar ao invés de território, mesmo quando a preocupação maior é definir a fronteira política que permite o controle das instituições e do aparelho estatal- elementos vitais no quadro político oligárquico para o controle dos votos em escala local e regional (FELIPE, 2001, p. 39).

A inserção de novos atores políticos no cenário político mossoroense na segunda metade da década de 1980 e início da década de 1990 revela a continuidade e reprodução de mecanismos estratégicos de hegemonia política da oligarquia política local. De um lado novos nomes, novos rostos, novos discursos; de outro, os mesmos sobrenomes e laços de parentesco, velhos conhecidos do cenário político local. Trocando em miúdos “novos perfumes nos mesmos frascos”.

A inserção de novos personagens oriundos da oligarquia política local no cenário político no final da década de 1980, se de um lado representava a renovação dos quadros políticos e reforçava economicamente este grupo político e os laços familiares, de outro lado, vivenciava a redefinição hierárquica da família. Essa redefinição hierárquica foi causa da cisão entre os expoentes dessa oligarquia familiar que na ausência de um consenso sobre quem iria comandar o cenário político local e os rumos da família, além disso, na escolha de um nome também consensual para concorrer às eleições municipais desse período, causaram, num primeiro momento, controvérsias e tensões. O segundo ponto a destacar, refere-se ao receio da perda da hegemonia política neste território, que culminou na escolha racional da fragmentação do grupo em facções políticas (LUCAS, 2001).

Adentrando na questão dos profissionais de saúde que se projetaram a atores políticos no contexto do município supracitado, observa-se que, assim como nas questões anteriores, os pontos de vista dos sujeitos da pesquisa indicam distinções e olhares diferenciados acerca desta temática, conforme depoimentos a seguir:

*Sei não! Pode até ser que o campo da doença seja né? Você utiliza a necessidade da população para quebrar o galho, a necessidade, e se projetar. Essa resposta eu não sei não. Médico não se projeta tanto não! Você não vê muito médico candidato não. A saúde não projeta muito, não. Acho que a saúde traz muito problema pra gente, mas projeção política eu não acho, não (médica- PSF).*

Ao direcionar a pergunta, a profissional entrevistada fez breve pausa e expressou sutil irritabilidade com a questão; em seguida refez-se e continuamos a conversa de modo, razoavelmente, natural. No cenário político de Mossoró, durante o período que caracteriza o estudo, isto é, entre 1991-2010, alusivo ao âmbito do poder legislativo local, de fato, constatou-se que foram poucos casos de profissionais médicos que ocuparam cadeira na Câmara Legislativa Municipal. Entretanto, neste íterim temporal, é possível identificar alguns casos interessantes de profissionais médicos que se projetaram no campo político, como o da ex- prefeita (com três mandatos), ex-senadora e atual governadora do Estado, Rosalba Ciarlini. Ademais, é possível identificar outros profissionais médicos que ocupam ou ocuparam mandatos na Assembléia Legislativa do Estado do Rio Grande do Norte e na Câmara dos Deputados em Brasília.

Conforme explicações de outros profissionais sobre a questão em evidência:

*A projeção de profissionais do campo da saúde na política, eu vejo isso de outra forma. Pois para dar uma assistência melhor a um paciente, se tem muita dificuldade neste sentido. Talvez isso tenha uma relação extremamente estreita ao poderio econômico relacionado com essas pessoas. Imagina pegar Dr<sup>a</sup> Rosalba para fazer uma campanha sem recursos econômicos, pois sem o poderio econômico ela não conseguiria nada disso. Pode observar que todas essas pessoas estão amparadas por uma política de partido com poderio econômico muito grande (médico ex- PSF).*

*Isso eu atribuo a nossa liturgia política. Por que é que nos últimos anos essas pessoas se destacaram politicamente? Não é por que elas são da saúde, é porque elas são da família, família tradicional que criou uma hegemonia na qual se beneficiou, principalmente, na área da saúde (Presidente do CMS).*

Analisando as alocações dos profissionais, três categorias destacam-se nestes discursos: “o poder econômico, superestrutura político-partidário, e a força e influência simbólica da família associada ao poder econômico”. Contudo, é necessário enfatizar que (*guardadas as devidas proporções*) o campo da saúde é o lócus do exercício político desses agentes sociais. Cabe assinalar, que os agentes políticos citados, transitam e investem em outros campos ligados à educação, assistência social e cultura, entre outros. Verifica-se, entretanto, que no campo da saúde o investimento político é mais acentuado.

O setor da cultura é uma dimensão à parte. Os investimentos em espetáculos teatrais para grandes públicos alusivos as principais datas históricas do município, trouxe maior visibilidade para o município e, segundo o poder público local, dinamizou a economia através do turismo de eventos e de entretenimento. No entanto, a ação arbitrada pelo poder executivo local engessou o movimento artístico teatral, tornando-o, praticamente, cativo dos projetos na área da cultura. Exceto alguns poucos grupos, a maior parte conformou-se com a dependência e o arbítrio da vontade política do poder executivo municipal.

No campo artístico, as práticas clientelistas e dádivas interferem de forma perversa naquilo que mais se exalta nas artes: o poder da inventividade, a imaginação e autonomia do artista em detrimento ao poder político. A expressividade da essência da alma, a construção de uma unidade subjetiva do sujeito, e uma significação própria da arte, reproduz a arte como extensão do corpo e da consciência do sujeito, e, portanto, produto de sua vontade e de seu sentimento. Simmel (2006, p. 62) compreende que: “aí está a origem da arte, totalmente separada da vida e retirando dela só o que lhe serviu. A arte cria a si mesma”. Para Bourdieu (2005, p. 15) “o poder simbólico, poder subordinado, é uma forma transformadora, quer dizer, irreconhecível, transfigurada e legítima das outras formas de poder”.

Outros profissionais entrevistados procuram justificar que o compromisso inicialmente está vinculado a área da saúde e ao exercício da vocação profissional, mas, mediante o forte vínculo criado com a população, que o caráter da profissão proporciona e, de reconhecimento social, os profissionais são induzidos ao cenário político, muitas vezes, pela aclamação da própria sociedade:

*Como se diz: da própria profissão, eles se aproveitam da profissão. Mas, também tem a questão familiar que já vem de longe, mas, sem dúvida nenhuma, a questão da profissão na área da saúde contribui muito (enfermeira – PSF).*

*A princípio são profissionais muito envolvidos com a saúde; se envolvem tanto na profissão que criam certo vínculo com a população. Essa população, muitas vezes começa a lançar propostas. Já ouvi algumas pessoas falando assim: Por que você não se candidata? (assistente social- PSF).*

De acordo com Laplantine (1991, p. 244): “a representação que faz do médico um ser verdadeiramente incomum, e da medicina uma atividade diferente das outras, apresenta-se a cada vez como ultrapassando em muito o prestígio social e a admiração moral atribuída ao homem e à profissão”. Nestes depoimentos, a categoria profissão é elencada como relevante pelos interlocutores seguida da categoria grupo familiar. O status e valoração inerentes a

algumas profissões não podem ser vistas isoladamente como determinantes absolutos desse processo, porém, a sua dimensão simbólica pode fortalecer e adicionar aos outros capitais e aspectos envolvidos nessa relação de poder.

O entrevistado seguinte, membro do Conselho Municipal de Saúde acrescenta em seu relato que no caso de:

*Rosalba foi uma diferença na Saúde. Ela não trabalhava na saúde pública; ela trabalhou no Hospital Infantil muito pouco. Quem trabalhou na projeção política de Rosalba foi o velho Dix-huit; que chamou ela. Ela não queria ser prefeita de Mossoró. Ela não teve nenhum cargo eletivo antes; o primeiro cargo eletivo de Rosalba foi ser prefeita de Mossoró (ACS- PSF).*

Nessa interpretação o profissional entrevistado dissocia a relevância e o *status* concernentes à formação profissional, em outra perspectiva atribui a ascendência da representante política citada à herança do capital político que recebeu do líder de seu partido e prefeito naquela conjuntura política, em meados de 1988-1989. Conforme Lanna (1995, p. 19):

O chefe local seja ele um coronel, um fazendeiro, um padre ou vereador não é apenas uma “pessoa” no sentido comum, de entidade privada, mas também de “pessoa pública”, pois, como um chefe primitivo ou um rei divino, seus atos têm um significado transcendental. O mesmo é válido para deputados, prefeitos e governadores.

Bourdieu (2005, p. 192) destaca que a transmissão de capital político constitui “acto propriamente mágico de instituição pelo qual o partido consagra oficialmente o candidato oficial a uma eleição e que marca a transmissão de um capital político”. Noutra perspectiva outro profissional de saúde entrevistado expressa o seu ponto de vista:

*Primeiro, há uma falta de consciência do trabalhador, onde a maioria não sabe separar o joio do trigo. Se o trabalhador da saúde tivesse consciência que esses candidatos da saúde, donos de clínicas e hospitais querem conseguir recursos para suas próprias instituições (diretor SINDSAÚDE).*

Nesse fragmento do discurso identifica-se a alusão do profissional entrevistado a categoria consciência política ou alienação da classe trabalhadora sobre a dinâmica política

local, mais especificamente na área da saúde pública. Percebe-se que esse discurso resgata um velho jargão que caiu em desuso por alguns sindicatos e alguns partidos de esquerda, mas é notório que ainda continua a ser utilizado por lideranças sindicais e militantes políticos ou mesmo como simples jargão desprovido de conotação ideológica, retórica do discurso particularmente no caso analisado. Talvez o exercício da crítica e da resposta pronta, o que provoca a reflexão acerca do papel das representações sindicais e sua contribuição para fortalecimento da classe trabalhadora por melhores condições de vida e da resistência sobre os ataques aos direitos trabalhistas conquistados como resposta às reformas políticas e econômicas ensejadas pelo modelo neoliberal.

Sobre as contradições entre o discurso e a *práxis* política analisa Gruppi (1978, p. 69): “enquanto existir contradição entre a ação e a concepção do mundo que a guia, a ação não pode ser consciente e não pode se tornar coerente [...] a ação coerente exige ser guiada por uma concepção do mundo, por uma visão unitária e crítica dos processos sociais”.

Ademais, é necessário compreender o que está em jogo dentro desse campo: interesses, conflitos pela distribuição de poder, estratégias de sobrevivência, violência simbólica, subjetividades, capital econômico, trocas, laços clientelísticos e alianças políticas que tecem essa complexa rede de relações hierárquicas que permeia e conforma esse campo social. “Um pouco à maneira de Luiz XIV, as oligarquias são o estado, já que ambos se constituem a partir das mesmas relações de trocas, relações essas que se fundam na lógica redistributiva da reciprocidade hierárquica” (LANNA, 1995, p. 20).

A implantação dos programas de saúde PACS/PSF em Mossoró-RN coincide com o crescimento econômico e desenvolvimento da cidade na década de 1990. De um lado, o aumento significativo do pagamento de *royalties* pela empresa Petrobrás S. A. relacionada à concessão da exploração de petróleo em terras potiguares; de outro, o aumento da produção e exportação da fruticultura irrigada, dentre outras atividades comerciais. Todavia, as entrevistas abaixo discorrem sobre a incidência da implantação desses programas para os atores políticos locais. Conforme depoimentos a seguir:

*Eu acho que teve repercussão, porque com a melhora da saúde da população, os políticos, principalmente os politiquieiros, que não são éticos, eles perderam campo (médica - PSF).*

Apreende-se que a partir do olhar desses agentes sociais a implantação dos programas de saúde PACS/PSF de acordo com o conteúdo de suas observações nessa seara influenciou

objetivamente na diminuição do poder de alguns representantes políticos locais, sobretudo, aqueles que trabalhavam intensivamente o assistencialismo na área da saúde. Na linguagem política isso significa menos votos. Nesse sentido, avaliam de forma positiva a implantação e expansão destes programas para a população local.

Essa realidade é reafirmada pelo depoimento que segue:

*A pessoa procurava. Dava o remédio. Consultava com a implantação do PSF. O povo não ia mais procurar o enfermeiro, ia procurar o médico no posto de saúde, porque na UBS é de graça não ficava devendo aquele favor. Isso fez com que, com o tempo, acabou-se com aquela questão do assistencialismo de alguns políticos. Devido a isso, a pessoa par ir à maternidade então pra ir deixar lá pedia àquele político; ficava devendo aquele favor. Hoje não tem mais isso. Tem a SAMU. A pessoa liga eles levam. Isso evitou da pessoa ta sempre pedindo aquele favor político. O político caiu muito por causa disso. É o caso desse ex- vereador que citei; não se elegeram mais e tem outros que estão diminuindo a votação deles. A casa dele era cheia porque ele fazia muita assistência na área da saúde: levava a pessoa ao hospital, dava assistência e hoje não, tem a SAMU (ACS/PSF).*

O inverso também é verdadeiro: alguns representantes políticos assistiram a diminuição de seu capital político com a migração de seu eleitorado para outro reduto eleitoral, e, concomitante a isso, a diminuição dos votos nas urnas, culminando na perda do mandato. Em contrapartida, outros agentes se projetaram nesse campo, como por exemplo, o caso do médico e deputado estadual Leonardo Nogueira (esposo da atual prefeita), dentre outros casos relacionados ao poder legislativo local. Segundo LANNA (1995, p. 35) “há um uso particular do bem público e um uso público – não sem recompensas de bens particulares”. No âmbito da política local “os vínculos com distintas categorias funcionais podem ser reforçados pela origem profissional de alguns deputados, o que lhes possibilita uma certa inserção numa rede específica de relações sociais” (DINIZ, 1982, p.104). Essa realidade é confirmada por outro profissional do PSF que descreve e reforça essa prática política:

*Na época da política para deputado estadual recentemente ninguém fazia canal, mas tinha dentista que era ligado ao sistema de um deputado local e ele encaminhava; diferente dos outros que não eram ligados ao sistema. Na campanha, aquele que não fazia campanha para o candidato, não tinha direito nem de utilizar uma prótese. Pra você ver como eles usam a máquina! (ACS).*

O entrevistado seguinte relata a sua concepção acerca da implantação dos programas de saúde PACS/PSF para a conjuntura política local:

*Eu vejo assim: o PSF para a saúde pública de Mossoró, principalmente para a hegemonia atual, é ruim. Por que é ruim para essa hegemonia? Porque as pessoas não começam a perceber que aquele profissional que está ali na casa dele, fazendo visitas, o que está lhe atendendo no posto, ele é pago com nossos recursos. A estratégia saúde da família está beneficiando muita gente apesar de algumas UBS funcionarem muito mal, mas funciona (Presidente do CMS).*

O enunciado exposto refuta a idéia de que a implantação do PSF tenha contribuído para a projeção de agentes políticos, isto é, profissionais vinculados a área da saúde no cenário político local, especialmente os representantes políticos vinculados à oligarquia política da cidade, que segundo o entrevistado, essa projeção se caracteriza na predominância da liturgia familiar pertinente a dinâmica política desse cenário socioespacial. Se esse ponto de vista condiz ou não, com a realidade dos fatos, a história política desse período nos mostra que com a implantação e expansão dos programas PACS/PSF no município como revela o depoimento de outra profissional entrevistada: “esse trabalho tende a crescer e não deixa de ser um espaço bom para as pessoas que estão na política, criar serviços, mostrar serviços”. (assistente social - PSF).

A coincidência repousa, por conseguinte, no fato de que o investimento político e a estratégia política de hegemonia desse grupo político oligárquico, sumariamente no período correspondente entre 1991/2010, centraram-se na valoração de profissionais de saúde (médico/enfermeiro) ancorada no tradicional laço de parentesco familiar, e nos eloqüentes discursos sobre as melhorias na saúde pública com a construção de novos equipamentos de saúde. Esse foi o discurso dominante, o mote que reverberou amplificando-se a cada novo pleito eleitoral.

Em contraste, qualquer ação coletiva sobre uma perspectiva contra-hegemônica salutar em regimes democráticos foram refutados com arbitrariedade como revela a declaração da representante do executivo municipal Fátima Rosado: “esses movimentos só fazem atrapalhar a mim, o serviço, a vida de vocês e a vida do comércio. Todos os comerciantes vieram pedir para mandar parar!”. Essa declaração foi concedida durante uma negociação com trabalhadores da saúde do município que, naquele momento, reivindicavam uma audiência, cuja pauta era reajuste salarial e melhoria das condições de trabalho. Percebendo o tom de exaltação na intervenção da prefeita o secretário de gabinete eufemizou acrescentando, “não distorçam o que está sendo dito; o que a prefeita está dizendo é que não precisa destes movimentos para marcar audiência” (BARRETO, 2006, p. 06).

Não por acaso, durante todo esse período e com toda a expansão das redes de serviços de saúde pública condicionada à implantação e expansão das equipes de saúde da família, centenas de trabalhadores (as) foram contratados sem a aquiescência de um concurso público, exceto no ano de 2008 após contundente pressão do Ministério Público sobre o poder executivo local.

O concurso público como fim de seletividade pública a partir do critério meritocrático nas circunstâncias factuais expostas, por si só, não foi suficiente para atenuar a assimetria dessa relação patrono/cliente e a redefinição hierárquica nesse campo de relações. Ao passo que o monopólio da rede de saúde pública permaneceu sob a égide das facções políticas que compõe a oligarquia local e daqueles mesmos agentes políticos guardiões do poder, do belo, e de toda representação paternalista e populista que requer um “bom governo”, (WEFFORT, 1978).

O campo da saúde em Mossoró-RN se evidencia como um cenário no qual as práticas sociais e culturais de grupos de profissionais de saúde, isto é, a devoção que evocam a imagem de certos representantes e lideranças políticas se aproxima de uma relação de fidelidade quase inquestionável, quase sagrada. Fidelidade e devoção que, não por acaso, estão associadas de forma simplista, segundo relatos de alguns sujeitos da pesquisa, ao “carisma espontâneo” e “bondade” de seus líderes, mas, em grande medida como a pesquisa demonstra, pela dívida criada pelo acesso a um cargo público, sobretudo, na área da saúde.

No caso do presente exposto, ampliou-se as formas e sustentáculos da dependência dos trabalhadores da saúde e a renovação do laço de clientela. “Assim, se os ricos são subsidiados pelo Estado, é porque, num certo sentido eles são o Estado, não apenas por suas práticas manipulativas” (LANNA, 1995, p. 228). Ainda com relação a esse debate acrescenta David Harvey (1980, p. 85): “sugiro que a essência da justiça social pode ser englobada numa simples ordenação de três critérios, de modo que *necessidade* seja o mais importante, *contribuição ao bem comum* seja o segundo e *mérito* o terceiro”.

#### 4 - CONSIDERAÇÕES FINAIS

O segmento da saúde no Brasil e sua correlação com a fundamentação do Sistema Único de Saúde – SUS no início da década de 1990, está marcado pela implantação de programas de saúde de caráter preventivo e educativo como estratégia de política de saúde com vistas à reorientação do modelo de atenção à saúde, predominantemente, curativista. Em seu cerne preconiza a educação em saúde e as ações orientadas para uma perspectiva de saúde coletiva, na qual a família constitui o lócus dessa intervenção política e social. Nesse contexto, destaca-se a implantação dos programas de saúde PACS/PSF como instituições que fundamentam e executam as políticas de saúde a partir dos princípios e diretrizes pertinentes a filosofia e a essência da Estratégia Saúde da Família.

As significações e conjuntos de sentidos ideológicos, socioculturais e econômicos que perpassam a implantação e expansão dos programas de saúde PACS/PSF no município de Mossoró-RN, sumariamente, no período que corresponde aos anos 1991/2010, são construídos por olhares e discursos dominantes, reflexões e posicionamentos críticos, saudosismo político, “devoção” e fidelidade política, instituição de comradio, conflitos de interesses e poder, transversalizados por práticas socioculturais e políticas que evidenciam o clientelismo político e a dádiva como instituições fundantes na organização das relações de poder neste espaço social, e, como diz Lanna (1995) de “*reciprocidades hierárquicas*” que habitam e orientam este campo de poder concomitante à forte presença da idéia de desenvolvimento econômico e modernidade que a cidade obteve na última década do século XX e na primeira década do tão aguardado século XXI.

Analisando a partir do ângulo dos sujeitos da pesquisa, a implantação desses programas de saúde remete a idéia de desenvolvimento e progresso que este município vivenciou ao longo desse espaço de tempo. Em contraposição, outros olhares e percepções apontam à implantação desses programas como parte de uma estratégia de hegemonia política de grupos tradicionais que contribui para a projeção de novos agentes sociais para o campo político e, além disso, para a ascendência e perpetuação de outros agentes políticos neste campo de poder.

O pacto de gestão firmado entre os diferentes níveis de governo, isto é, entre os poderes executivos dos Estados e Municípios brasileiros, e de outro lado, entre o Governo Federal e os Municípios como resultado dos processos de descentralização da gestão do sistema de saúde a partir de normas e critérios estabelecidos pelo Ministério da Saúde (1990),

e das formas de distribuição dos recursos para o setor da saúde pública, especialmente em nível de atenção básica, em particular para os programas de saúde e políticas de saúde vinculadas à Estratégia Saúde da Família, foram fundamentais para a expansão dos programas PACS/PSF em todo território brasileiro (IPEA, 2009).

Na análise de Pedro Jacobi (2002), essas conquistas são resultantes de um longo e árduo processo de lutas e debates impulsionados pelo processo de reforma sanitária brasileira, centrais sindicais, e um conjunto de movimentos sociais que reivindicaram suas demandas e lutaram por um sistema de saúde público e igualitário, cujos princípios e diretrizes foram finalmente incorporados aos princípios do SUS mediante a Lei Orgânica da Saúde 8080/90 e 8142 em 1990, e a Constituição Federal de 1988 que pressupõe a organização e orientação dos princípios e diretrizes do SUS e da prerrogativa do Estado na garantia do acesso universal à assistência à saúde e dos investimentos necessários a manutenção e funcionamento do SUS.

Neste debate e reflexão sobre a relação intrínseca entre o campo da saúde e o cenário político na urbe mossoroense, observa-se que a liturgia política local encontra sua ascendência na tradição familiar, sobrenomes simbólicos, e robusta estrutura econômica e político-partidária, reforçada pelo aparelhamento da máquina pública aos grupos político-familiares e intrapatronais. Baquero (2001) argumenta que a adaptação das instituições públicas a práticas autoritárias e manipuladoras de grupos políticos ou governos são sintomas perigosos para a saúde da democracia. As potencialidades econômicas dessas facções políticas e de classe perpassam os principais setores da economia local como segue: rede de comunicação (jornais, rádios, TV, revistas, editora), terras propícias para a exploração de petróleo, agronegócio, indústria de sal, hospitais, clínicas e outros equipamentos de saúde, concessionárias, dentre outros segmentos da indústria e do comércio.

Ignorar a existência dessa superestrutura em uma investigação social de uma pesquisa científica seria incorrer num grave equívoco simplista e reducionista acerca de um contexto sociopolítico marcado pela tradição e arbitrariedade política enraizados em laços familiares e alianças políticas que mitifica e reproduz as mesmas estruturas de poder a várias décadas no cenário político local, formando os quadros empresariais e da elite política e econômica desse lugar.

Diniz (1982) destaca o uso abusivo da máquina pública por grupos políticos oligárquicos locais e/ou regionais como uma prática política usual que alimenta o clientelismo político entre grupos. O fragmento de uma entrevista com um profissional de saúde ilustra bem este fato: *“Ele fazia consulta, mas como a mulher é prefeita ficou mais fácil. Todos os*

*serviços dele era pelo SUS, não era particular. O SUS pagava e a máquina financeira do Município, fez com que ele se elegesse deputado”* (ACS - PSF). No Brasil, comumente, o uso da máquina estatal e da burocracia pública para disputa do poder político é um mecanismo proveitoso para aqueles que se encontram na condição de mandantes, gestores públicos e representantes políticos em exercício na conjuntura política de governo.

Os novos quadros políticos se renovam a partir do surgimento de novas gerações e heranças de capital político e econômico, ou na análise de Bourdieu (2005) nesse conjunto de “capital simbólico” incorporado. Todavia, o sistema de dádivas e relações clientelistas permanece quase inalterado em algumas regiões e cidades de Estados brasileiros, metamorfoseando-se com suas linguagens ideológicas e discursos dominantes, incorporados de “*violências simbólicas*” que rege a concepção de mundo das massas sociais e grupos subordinados. Em contraposição, não somente a ralé ou estratos sociais populares como assinala Martins (1999) se enquadraria nessa realidade do sistema de trocas assimétricas entre patrono e cliente, mas todas as classes e estratos sociais que mantêm de algum modo uma relação de dependência com os governos locais e o Estado.

O espaço dos pontos de vista para Bourdieu (1977) devem ser analisados a partir de uma reflexão que privilegie as minúcias e nuances correspondentes às contradições, consensos e constructos sociais que reconheça a posição e o lugar dos sujeitos dentro de um campo social como um aspecto relevante para a interpretação e compreensão da produção do discurso. Em outros termos, de onde os sujeitos lançam mão de um discurso para se posicionar e expressar sua concepção de mundo e de sujeito político. Com efeito, “não deplorar, não rir, não detestar, mas compreender” (Idem, 1977, p. 09).

A realidade vivenciada por inúmeras famílias e indivíduos que buscam e necessitam dos serviços do SUS, as relações entre estes cidadãos, grupos de profissionais de saúde e representantes políticos, dão forma ao encadeamento da problemática que compõe e norteia à escolha e o interesse desse estudo, qual seja: a ênfase das práticas clientelistas e dádivas que permeiam o campo da saúde e contribuem para a compreensão dessa dinâmica inerente ao cenário político local.

A relevância dos profissionais de saúde da Estratégia Saúde da Família como mediadores das trocas de favores no âmbito da saúde pública com os representantes políticos locais foi evidenciado nos depoimentos dos sujeitos da pesquisa de modo incisivo. Exterior a esse campo a figura do presidente de Conselho Comunitário de bairro foi referenciado como personagem importante desse processo. Na classe política identificou-se que o vereador é o

agente mais ativo na interação com sua clientela, seguido dos secretários de governo, o que revela a influência e intervenção de agentes políticos na distribuição e acesso aos serviços de saúde. Constatou-se também que em situações atípicas que envolvem pessoas de famílias importantes da cidade, isto é, bem localizada dentro da estrutura socioeconômica, e diante de uma situação de alta gravidade a intermediação pode ser feita por um vereador ou mesmo outro representante político superior nessa hierarquia junto aos poderes Executivo Municipal ou do Estado, intervenção aportada na manipulação política e em práticas antidemocráticas como o clientelismo político.

Ademais, o interesse especial dos representantes políticos pelos profissionais da Equipe Saúde da Família, segundo relato de uma profissional interlocutora, se dá mediante a forte inserção desses profissionais junto às famílias das comunidades em que atuam profissionalmente, condição que pode facilitar na aproximação do representante político com a população. Segundo Rouland (1997) essas relações clientelistas fortalecem os laços de compromissos entre patrono e cliente e se desenvolvem como identificamos nos relatos dos profissionais de forma assimétrica, isto é, trocas em condições de desigualdades.

Por outro lado, a pesquisa demonstra algumas motivações e escolhas que conduzem as relações clientelistas e dádivas a uma dimensão normativa e legitimada de práticas socioculturais e políticas incorporadas pelo conjunto de agentes sociais envolvidos nessa rede de sistema de trocas. Em outras palavras, a conveniência da seletividade social e do privilégio diante dos obstáculos burocráticos e da existência de uma elevada demanda reprimida dos serviços de saúde, que traduzem as dificuldades de acesso à assistência à saúde, se constitui como aspectos que podem induzir a uma relação como diz Lanna (1995) de compadrio e aliança política como elementos da dádiva com um representante político ou patrono.

Laplantine (1991) ao analisar a dimensão social e simbólica que permeia o fenômeno da doença compreende que, na cultura ocidental, a representação da doença no imaginário coletivo corresponde a um sentimento de desvalorização social e estigma que recai sobre o indivíduo acometido por alguma enfermidade. No contexto do estudo, observa-se que o infortúnio da doença e do sofrimento por ela causado submete indivíduos e famílias a uma relação de trocas assimétricas que muitas vezes é determinante para a construção de uma aliança política e de compadrio. Um favor ou resolutividade sobre um problema grave que implica o risco de vida nessa circunstância da doença tem um valor simbólico e valoração transcendental. A singularidade desse caso é a imagem do profissional médico como detentor de um poder quase mágico de cura, que conforme relatos de profissionais médicos e outros

entrevistados os revestem de uma posição privilegiada em relação a outras profissões para se projetar no campo político em razão da grandiosidade da gratidão que o doente e sua família assimilam quando do sucesso de um procedimento médico. Além disso, a resolutividade e cura sobre a doença em uma infinidade de casos é utilizada como moeda de troca e barganha por apoio político e sufrágios eleitorais.

Outro aspecto constatado neste estudo aponta a ausência de um mercado competitivo com autonomia plena no setor da saúde local. A rede de saúde compreende uma estrutura formada de hospitais, clínicas, laboratórios e outros equipamentos de saúde que estão concentrados nas mãos de poucos empresários associados à oligarquia política local. Esta condição facilita a criação do monopólio dos serviços de saúde, sobretudo nos níveis de média e alta complexidade, e de outro lado, fortalece economicamente as facções políticas, ampliando a dependência de uma parcela significativa da população que convivem com maiores dificuldades econômicas, para obterem exames e consultas correlatas a esses níveis de atendimento.

As dificuldades de acesso a exames e procedimentos de alta complexidade como medicações de alto custo, cirurgias e internações em leito de UTI, associadas à fragilidade humana diante da dor e da doença são fatores que os políticos tiram grandes proveitos eleitorais. Acrescente-se que com o fortalecimento econômico desse grupo político através de seus equipamentos de saúde privados, várias unidades que abrangem hospitais, clínicas e maternidade, de economia mista e caráter filantrópico fecharam suas portas. Dessa forma, a realidade do acesso à assistência à saúde se dá em muitas circunstâncias não como um direito de cidadania como prevê a constituição, e a legitimidade que o Estado lhe confere, mas, como um favor de particulares, uma relação de trocas entre sujeitos em posição de desigualdades. Lanna (1995) compreende que a aliança seja ela de caráter político ou econômico como aspecto intrínseco da lógica da dádiva pressupõe assimetria relacional, ou seja, relações marcadas por *reciprocidades hierárquicas*.

As estratégias de sobrevivência e ascendência social dos trabalhadores da saúde configuram outra motivação identificada para a concretização dos laços clientelistas e dádivas. Os cabos eleitorais são peças-chaves na engrenagem política de qualquer partido político, sobretudo na circunstancialidade de uma disputa eleitoral. Nessa conjuntura, a escolha racional prevalece sobre a possibilidade de obter ganhos e vantagens por intermédio de um patrono político. Os interesses políticos e econômicos predominam nesse território sociopolítico.

O trabalho como dádiva pressupõe aliança política entre o patrono e o cliente, isso inclui compromisso moral, fidelidade, dependência e dívida “eterna” em algumas ocorrências. Levi (1991), ressalta que “os indivíduos submetidos a essa relação de poder permanecem nessa condição, sobretudo pelas vantagens econômicas e/ou políticas emanadas dessa relação patrono/cliente, ou de outro modo, na falta de perspectiva ou incapacidade de realizar uma ruptura mediante ascensão social num campo social externo.

A pesquisa identificou que os repasses de recursos do SUS via Ministério da Saúde para o FPM no âmbito do município supracitado revela um descompasso e desequilíbrio na distribuição de recursos entre os segmentos privados e as instituições públicas. No ano 2000, de acordo com dados do Conselho Municipal de Saúde, os repasses eram feitos na ordem de 80% para o setor privado e 20% para as instituições públicas. Retomando essa questão em entrevista, ainda que não tenha apresentado dados sobre esses valores em números atuais o presidente do CMS afirmou que essa margem percentual continua praticamente a mesma, o fato novo é que esses valores foram atualizados e ampliados de acordo com os valores regulados pelo mercado e concomitante a isso o aumento das demandas de serviços de saúde da sociedade.

A predominância do setor privado sobre a rede de instituições públicas decorre da captação dos recursos públicos do SUS e não por acaso de sua injusta distribuição. Diante desse cenário, evidencia-se que o Governo Federal mediante o Ministério da Saúde ao realizar os repasses financeiros para o setor da saúde pública diretamente para o FPM, isso implica em um paradoxo, que é o fortalecimento das redes de serviços privados com exorbitantes taxas de lucros sempre em crescimento em detrimento a esfera da saúde pública.

Com efeito, a implantação dos programas de saúde PACS/PSF em Mossoró-RN de um modo geral redimensionou as práticas clientelistas e dádivas inerentes a este campo e sua relação com o cenário político, o mercado da oferta de serviços e a inclusão de novas especialidades médicas. Analisando e refletindo sobre os discursos e percepções socializadas com os sujeitos da pesquisa sobre o campo da saúde local identificaram mudanças na estrutura e na dinâmica da política e do trabalho. Um dos aspectos relevantes identificados nessa mudança está relacionado ao capital simbólico dos profissionais da enfermagem. Na conjuntura anterior a implantação destes programas, estes profissionais possuíam uma valoração e status social mais elevado na área da saúde em âmbito local do ponto de vista econômico e de reconhecimento social. Era comum na cidade consultórios de enfermagem que prestavam serviços à população. Consultas, prescrição de medicamentos, venda e

aplicação de remédios e outras drogas, acompanhamento de doentes sob tratamento, entre outros procedimentos. Com a implantação desses programas de saúde e expansão das UBS os usuários consumidores desses serviços, que antes pagavam ou ficavam devendo um “favor” ao “xamã” – enfermeiro, nesse novo contexto transferiram suas demandas para às instituições públicas. Além disso, a vigilância sobre essas práticas profissionais foram acirradas. De acordo com o Conselho de Medicina apenas profissionais médicos estavam habilitados para exercerem certas funções na área da saúde como o diagnóstico de doenças e exames especializados.

Por outro lado, a implantação da Estratégia Saúde da Família neste município redimensionou as trocas de favores entre patronos e clientes. Os investimentos do Governo Federal em programas de saúde beneficiaram grande parte da população como a distribuição de medicamentos para hipertensos, diabéticos e cardíacos, planejamento familiar, entre outros; a criação do SAMU como uma unidade móvel para atender procedimentos de urgência e emergência contribuiu para minar e/ou atenuar o capital político de alguns agentes que investiam intensivamente no assistencialismo nesta área.

Em contrapartida, o uso privado das instituições públicas correlatos a esses programas citados, e outros tantos, foi apropriado, conforme relatos e observações nessa seara por outros atores políticos, sobretudo aqueles pertencentes ou agregados à oligarquia política dominante, que, respaldados pelo poder político, determinam as formas e a seletividade da distribuição desses serviços públicos/privatizados; o que revela uma condição paradoxal e dialética. Baquero (2001, p. 101) analisa que “a versão da democracia contemporânea tem possibilitado, em que os poderes e os interesses econômicos utilizam os poderes políticos e as instituições democráticas para continuar a exercer, com legitimidade e eficácia, sua dominação e seu regime de enriquecimento”.

Cabe ainda ressaltar que a implantação e expansão desses programas do ponto de vista político representaram a renovação de novos contratos nesse campo e o rejuvenescimento de antigas alianças intrapatronais e/ou familiares; preservando, entretanto, o caráter assimétrico e hierárquico dessas relações de trocas. Para Lanna (1995), as ocorrências que influenciam as mudanças históricas no mundo social não estão associadas, incondicionalmente, à destruição das estruturas de poder; uma infinidade de situações implica em sua renovação.

O campo da saúde não seria uma estrutura absoluta e determinista para a projeção de agentes políticos nessa seara. Mas, analisando e refletindo sobre as alocações dos sujeitos da pesquisa que, sem exceções, trabalham e transitam há mais de vinte anos no segmento da

saúde e no cenário político local, aliado a fatos históricos e culturais que colocam em evidência a implantação e expansão destes programas, revelam este campo social como um campo de poder, de mobilização de forças políticas e econômicas, um campo estratégico e dinâmico, cujos desdobramentos e *nuances* condicionam uma relação de dependência de laços clientelísticos e dádivas simbólicas por parte de uma imensa massa populacional e grupos de trabalhadores da saúde.

Em suma, compreende-se nessa análise que o campo da saúde é o cenário essencial da atual conjuntura política do contexto sociopolítico em análise para o exercício da hegemonia política das facções que compõem a oligarquia política e familiar dominante neste território social. A ação do clientelismo político no campo da saúde além de segregar o acesso aos serviços e assistência à saúde, fomenta a dependência da sociedade ao arbítrio político, desconstrói a noção do direito constitucional ancorada na negação da cidadania social que constitui a base ética, social e política que permeia a fundamentação histórica do Sistema Único de Saúde - SUS.

## 5 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ACIOLE, G.G. **A saúde no Brasil: cartografia do público e do privado.** São Paulo: Hucitec, 2006.

ALVES-MAZZOTTI, A.J.; GEWANDSZNAJDER, F. **O método nas ciências naturais e sociais: Pesquisa quantitativa e qualitativa.** 2ª ed. São Paulo: Pioneira, 1999.

ANTUNES, R. **Os sentidos do trabalho.** São Paulo: Boi Tempo, 2000.

ARENDT, H. **A condição Humana.** Rio de Janeiro: Ed. Forense, 1981.

ARRETCHE M. **“Mitos da descentralização: mais democracia e eficiência nas políticas públicas?”**. Revista Brasileira de Ciências Sociais, v 11, p. 44-66, 1996.

BAHIA, L.H.N. **O poder do clientelismo.** Rio de Janeiro: Iuperj- Mimeo: Renovar, 2003.

BAHIA, L.H.N. **Raízes e fundamentos de uma teoria de troca política assimétrica/clientelista.** 1997 (Tese doutorado em Ciência Política).

BARRETO, B. **Fafá afirma que movimentos grevistas atrapalham a vida dela e da cidade.** Jornal o Mossoroense, 7 de setembro de 2006.

BARRETO, B. **Fafá afirma que movimentos grevistas atrapalham a vida dela e da cidade.** Jornal o Mossoroense, 02 de novembro de 2011.

BAQUERO, Marcelo. **Cultura política participativa e desconsolidação democrática: reflexões sobre o Brasil contemporâneo.** São Paulo em perspectiva, p.98-104, abril 2001.

BECKER, Howard. S. **Segredos e truques da pesquisa.** Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2008.

BERTOLLI FILHO, C. **História da saúde pública no Brasil.** São Paulo: Ática, 1996. 71p.

BIRNBAUM, P. “**Conflitos**”. **Tratado de Sociologia**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, Pág. 247-282, 1994.

BOBBIO, N. et al. **Dicionário de política**. Brasília: UNB, 1986.

BOUDON, R. & BOURRICAND, F. **Dicionário crítico de sociologia**. São Paulo: Ática, 2001.

BOURDIEU, P. **A miséria do mundo**. Petrópolis: Vozes, 1977.

BOURDIEU, P. **O poder simbólico**. Lisboa, Difel/ Rio de Janeiro, Bertrand Brasil, 1989.

BOURDIEU, P. **Razões práticas: sobre a teoria da ação**. Campinas: Papirus, 1996.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Avaliação qualitativa do PACS**. Brasília, 1994.

\_\_\_\_\_Ministério da Saúde. Norma Operacional Básica SUS 01/ 1996. **Gestão plena com responsabilidade pela saúde da população**. Portaria MS/GM N°. 2. 203/1996.

\_\_\_\_\_Ministério da Saúde. **O trabalho do Agente Comunitário de Saúde**. Brasília: Secretaria de Políticas de Saúde, 2000.

\_\_\_\_\_Ministério da Saúde. **Saúde no Brasil: desafios e perspectivas**. Brasília: MS, 1998. 45p.

\_\_\_\_\_Ministério da Saúde. Departamento de atenção básica. **Guia prático do Programa de Saúde da Família**. Brasília, 2001.

\_\_\_\_\_Ministério da Saúde. **Pactos pela vida, em defesa do SUS e de gestão – diretrizes operacionais**. Série Pactos pela saúde 2006. vol. 1. Departamento de Apoio descentralização / Secretaria Executiva, Brasília, 2006.

BRITO, R. S. **Ruas e patronos de Mossoró** – dicionário. Mossoró: Fundação Guimarães Duque. 2003.

CANESQUI, A. M. **Ciências sociais e saúde no Brasil**. São Paulo: Aderald e Rothschild, 2007.

CARVALHO, J. M. **A formação das almas: o imaginário da República no Brasil**. São Paulo: Companhia das Letras, 1990.

CARVALHO, J. M. **Mandonismo, coronelismo e clientelismo: uma discussão conceitual**. In: **Pontos e bordados, escritos de história e política**. Belo Horizonte: UFMG, 1999.

CARVALHO, J. M. **Os bestializados – o Rio de Janeiro e a República que não Foi**. São Paulo: Companhia das Letras, 1987.

CASANOVA, P. G. **O colonialismo global e a democracia**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1995.

CASTELLS, M. **A sociedade em rede. A era da informação: economia, sociedade e cultura**. Vol. I São Paulo: Paz e terra, 2007.

CECÍLIO, L. C. O. **É possível trabalhar o conflito como matéria-prima da gestão em saúde?** Cad. Saúde Pública. Rio de Janeiro, 21(2): 508-516 mar-abr, 2005.

COHN, A. **Mudanças econômicas e políticas de saúde no Brasil**. In: LAURELL, A. C. (org.). Estado e políticas sociais no neoliberalismo. São Paulo, Cortez. 1995.

COHN, A. NUNES, E. JACOBI, P. R. KARSCH, U. S. **A saúde como direito e como serviço**. 3 ed. São Paulo: Cortez, 2002.

COHN, Amélia (org.). **Saúde da família e SUS: convergências e dissonâncias**. Rio de Janeiro: Beco do Azougue, 2009.

COHN, Amélia. **Acidentes de Trabalho**. São Paulo, cedec/Brasiliense, 1985.

COUTINHO, C. N. **Gramsci**. Coleção do fontes do pensamento político. Vol. 2 - Porto Alegre: Ed. L & PM, 1981.

CRUZ NETO, O. **O trabalho de campo como descoberta e criação**. IN: Pesquisa social: teoria, método e criatividade. 14 ed. Petrópolis: Vozes, 1994. Pág. 51-66.

CUNHA, J.P.P., CUNHA, R.E. Sistema Único de Saúde - SUS: princípios. In: CAMPOS, F.E., OLIVEIRA JÚNIOR, M., TONON, L.M. **Cadernos de Saúde. Planejamento e Gestão em Saúde**. Belo Horizonte: COOPMED, 1998. Cap.2, p. 11-26.

D'AVILA, P. F. **Democracia, clientelismo e cidadania: A experiência do orçamento participativo no modelo de gestão pública da cidade de Porto Alegre**. 2000. Tese de doutorado em ciência política e sociologia. SBI/IUPERJ. Rio de Janeiro, mimeo.

DA MATTA, R. **A casa e a rua: espaço, cidadania, mulher e morte no Brasil**. Rio de Janeiro: Guanabara, 1987.

DA MATTA, R. **Reflexões sobre o público e o privado no Brasil: um ponto de vista perverso**. Cadernos de Ciências Sociais. Minas Gerais, v.3, n. 3, abr. 1993, p. 51-62.

DE CASTRO, J. **Geografia da Fome**. Vol. 1. 8ª edição, São Paulo: Brasiliense, 1963.

DINIZ, E. **Voto e máquina política: Patronagem e clientelismo no Rio de Janeiro**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1982.

DOCUMENTÁRIO PRINCESA DO SERTÃO. Disponível em: <http://www.senado.gov.br/tv/hotsites/princesadosertao>. Acesso em: 19 out. 2011.

DRAIBE, S. **Welfare State no Brasil: Característica e perspectivas**. Ciências Sociais Hoje. São Paulo: ANPOCS, 1989.

ELIAS, N. & SCOTSON, J. **Os estabelecidos e os outsiders: Sociologia das relações de poder a partir de uma pequena comunidade.** Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2000.

ELIAS, N. **A sociedade dos indivíduos.** Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1994.

ESCOREL, S. & TEIXEIRA, L.A. **História das políticas de saúde no Brasil de 1822 a 1963: do império ao desenvolvimento populista.** In: Políticas e saúde pública no Brasil. Org. Giovanella Ligia et al. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2008.

ESCOREL, S. et al. **Políticas e saúde pública no Brasil.** Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2008.

FALEIROS, V.P. **Prioridades versus escassez de recursos em saúde.** In: SIMPÓSIO A ética da alocação de recursos em saúde. *Bioética*. Brasília, DF: Conselho Federal de Medicina, v.5, n.1, p.35-40, 1997.

FAORO, R. **Os donos do poder.** Porto Alegre: Ed. Globo, 1958.

FEMURN - Federação dos Municípios do Rio Grande do Norte - **Índice de Desenvolvimento Humano Municipal: IDH-M.** Disponível em: [http://www.femurn.org.br/femurn/idh/mu\\_idh\\_atual.asp](http://www.femurn.org.br/femurn/idh/mu_idh_atual.asp). Acesso em: 25 out. 2011.

FELIPE, J. L. **A (re) invenção do Lugar: Os Rosados e o “país de Mossoró”.** João Pessoa: Ed. Grafssset, 2001.

FOUCAULT, M. **A ordem do discurso.** Ed. 5ª - São Paulo: Loyola, 1996.

GERÊNCIA EXECUTIVA DA SAÚDE - GES. Prefeitura Municipal de Mossoró. **Programa de Saúde da Família do Município de Mossoró.** Rio Grande do Norte, 2010.

GIDDENS, A. **A teoria da estruturação, pesquisa empírica e crítica social.** IN: A constituição da sociedade. São Paulo: Martins Fontes, 2003.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social.** 5. ed. São Paulo: Atlas, 1999.

GIOVANELLA, L. et al. **Políticas e saúde pública no Brasil.** Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz,

2008.

GODBOUT, Jacques T. **O espírito da dádiva**. Trad. Patrice Charles. Rio de Janeiro: Editora Fundação Getúlio Vargas, 1999.

GOHN, M. G. **História dos movimentos e lutas sociais**. São Paulo: Edições Loyola, 1995.

GRAMSCI, A. **Cadernos do cárcere**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2002.

GRAMSCI, A. **Os intelectuais orgânicos e a cultura**. 9 ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1995.

GRUPPI, L. **O conceito de hegemonia em Gramsci**. Trad. Carlos Nelson Coutinho. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1978.

HARVEY, D. **A justiça social e a cidade**. Trad. Armando Corrêa da Silva. São Paulo: Editora Hucitec, 1980.

HOLANDA, S. B. **Raízes do Brasil**. 26ª ed. - São Paulo: Companhia das Letras, 1995.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo populacional 2010**. Disponível em: <http://ibge.gov.br>. Acesso em: 11 set. 2011.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Pesquisa Nacional de Análise Domiciliar – PNAD**. Rio de Janeiro: IBGE; 2007. Disponível em: <http://ibge.gov.br>. Acesso em: 11 set. 2011.

IPEA - Instituto de Pesquisa e Economia Aplicada. **Políticas sociais – acompanhamento e análise**. Brasília: IPEA; 2005.

IPEA - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Perfil dos municípios brasileiros**. Rio de Janeiro: IBGE; 2009.

IYDA, M. **Cem anos de saúde pública: a cidadania negada**. São Paulo: Unesp, 1994.

JACOBI, P. R. **Políticas sociais e ampliação da cidadania**. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2000.

LAMONIER, B. & SOUZA, A. **Democracia e reforma institucional no Brasil: uma cultura política em mudança**. Dados, v.34, n. 3, 1991, p. 311-348.

LANNA, M. P. D. **A dívida divina: troca e patronagem no nordeste brasileiro**. Campinas: Unicamp, 1995.

LAPLANTINE, F. **Antropologia da doença**. Trad. Walter Lelis Siqueira. São Paulo: Martins Fontes, 1991. 274 p.

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

LEAL, V. N. **Coronelismo, enxada, e voto**. São Paulo: Ed. Alfa-Ômega, 1986

LENARDÃO, E. **O clientelismo político no Brasil contemporâneo: algumas razões de sua sobrevivência**. Araraquara: Unesp – (Tese de doutorado), 2006.

LEVI, M. **Uma lógica institucional**. DADOS - Revista de Ciências Sociais. Rio de Janeiro, vol. 34, nº 1, 1991, p. 79 a 99.

LIMA, J. C.; MOURA, M. C. **Trabalho atípico e capital social: os agentes comunitários de saúde na Paraíba**. Revista Sociedade e Estado, Brasília, v.20, n.1, p.103-133, jan./abr.2005.

LUZ, M.T. **Notas sobre as políticas de saúde no Brasil de "transição democrática" - anos 80**. Physis, Rio de Janeiro, v.1, n.1, p. 77-96, 1991

MARTINS, J.S. **O poder do atraso: ensaios de sociologia da história lenta**. Editora: Hucitec. 2ª ed. São Paulo, 1999.

MEIHY, J.C.S. & BERTOLLI FILHO, C. 1990. **História social da saúde. Opinião pública versus poder- a campanha da vacina - 1904.** São Paulo, Estudos CEDHAL, 5.

MERHY, E. E. **O capitalismo e a saúde pública: a emergencia das práticas sanitárias no estado de São Paulo.** Campinas: Papirus, 1985.

MINAYO, M. C. **PACS do Ceará estudo de caso.** Fortaleza: UNICEF, 1990. (Relatório)

MINAYO, M. C. S, et al (org.). **Ciências Sociais e Humanas em saúde na América Latina.** IN: Críticas e Atuantes. Editora Fiocruz, 2005.

MINAYO, M.C.S.; D'ELIA, J.C. & SVITONE, E. **Programa Agentes de Saúde do Ceará.** Fortaleza: Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef), 1990.

MINISTÉRIO DO DESENVOLVIMENTO SOCIAL E COMBATE A FOME. Disponível em <http://www.mda.gov.br/bolsafamilia/cadastrounico>. Acesso em: 19 out. 2011.

MIRANDA NETO, A. G. et alli. **Dicionário de Ciências Sociais.** FGV, Instituto de documentação. Rio de Janeiro: Editora da Fundação Getúlio Vargas, 1986.

NORONHA, J.C; LIMA, L.D; MACHADO, C.V.A. **A gestão do Sistema Único de Saúde: características e tendências.** In: Ministério da Saúde (BR). Saúde no Brasil: contribuições para a agenda de prioridades de pesquisa. Brasília (DF): MS; 2004.

NUNES, E. (Org.) **As ciências sociais em saúde na América Latina.** Brasilia: OPAS, 1985.

NUNES, E. D. **Sobre a história da saúde pública: idéias e autores.** Ciência & Saúde Coletiva, 5(2):251-264, 2000.

NUNES, E. O. **A gramática política no Brasil: insulamento e clientelismo político no burocrático.** Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2003.

OLIVEIRA, J.A.A. & TEIXEIRA, S.M.F. **(Im) previdência social: 60 anos de história da previdência social no Brasil.** Petrópolis, Vozes- ABRASCO, 1986.

PAIM, J.S. **O que é SUS.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009.

PAIVA NETO, F. F. **Mitologia do país de Mossoró.** Mossoró: Coleção Mossoroense, 1995.

PORTES, A. **Capital Social: origens e aplicações na sociologia contemporânea.** IN: Sociologia, problemas e práticas, n. 33, 2000.

POSSAS, C. A. **Epidemiologia e sociedade.** São Paulo: Hucitec, 1989.

QUIVY, R. & CAMPENHOUDT, L. **Manual de investigação em Ciências Sociais.** 2ª ed. Lisboa: Gradiva, 1998.

RIBEIRO, M.A.R. **Histórias sem fim: inventário da saúde pública.** São Paulo: Unesp, 1993.

RICHARDSON, R. J. **Pesquisa Social: métodos e técnicas.** 3ª. ed. São Paulo: Atlas, 1999.

ROCHA, L. **Por que regulamentar a profissão de Agentes Comunitários de Saúde?** Brasília: Inesc, 1998.

ROSEN, G. **Uma história da saúde pública.** Trad. Marcos Fernandes da Silva Moreira. São Paulo: Hucitec- Unesp, 1994.

ROULAND, N. **Roma, Democracia Impossível? – os agentes do poder na urbe romana.** Trad. Ivo Martinazzo. Brasília: Editora Universidade de Brasília, 1997.

SADER, E. **Quando novos personagens entram em cena.** Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1998.

SANTOS, W. G. **Cidadania e justiça: a política social na ordem brasileira.** 2 ed. São Paulo: Paulus, 1987.

SCHNEIDER, A. et al. **Pacto pela saúde: possibilidade ou realidade?** Centro de Educação e Assessoramento Popular – CEAP. Passo Fundo: IFIBE, 2007.

SILVA FILHO, C. B. **A produção de capital social no Programa Saúde da Família: um estudo de caso do Conjunto Vingt Rosado em Mossoró-RN.** Monografia de Conclusão de Curso. (Graduação em Ciências Sociais – Bacharelado) – Universidade do Estado do Rio Grande do Norte – UERN, 2008.

SILVA, J. A.; DALMASO, A. S. W. **Agente comunitário de saúde: o ser, saber, o fazer.** Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ, 2002.

SIMMEL, G. A metrópole e a vida mental. In: VELHO, Otávio G. **O fenômeno urbano.** Rio de Janeiro: Zahar, 1967.

SIMMEL, G. **As grandes cidades e a vida do espírito.** Trad. Leopoldo Waizbort. Revista Mana, nº 11(2): Rio de Janeiro, p. 577-591, 2005.

SPÍNOLA, A.W.P (Cord.). **Pesquisa Social em Saúde.** São Paulo: Cortez, 1992.

TENDLER, J. **Bom governo nos trópicos: uma visão crítica.** Rio de Janeiro: Revam, 1998.

THOREAU, H. D. **A desobediência civil.** In: Walden ou a vida nos bosques. Trad. Astrid Cabral. 7 ed. São Paulo: Ground, 2007.

TORRES, J. **Valores pagos aos hospitais de Mossoró-RN em 2000.** Jornal Gazeta do oeste, 2000.

VELHO, G. Observando o familiar. In: NUNES, E. **A aventura sociológica.** Rio de Janeiro. Zahar, 1978.

VIANA, A. L. et al. **A reforma do sistema de saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família.** Physis (Rio J) 2005; 15 Suppl: 225-64.

VIANA, A. L. D'Ávila; LIMA, L. D. ; OLIVEIRA, R. G. **Descentralização e federalismo: a política de saúde em novo contexto - lições do caso brasileiro.** Ciênc. saúde coletiva [online]. 2002, vol.7, n.3, pp. 493-507. ISSN 1413-8123.

WEFFORT, F. C. **Democracia e cidadania em época de crise.** ANPOCS, Caxambu, 1993.

WEFFORT, F. C. **O populismo na política brasileira.** Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1978.

## APÊNDICES

## **APÊNDICE A - QUESTÕES NORTEADORAS PARA A REALIZAÇÃO DAS ENTREVISTAS**

(Profissionais de saúde, Representantes sindicais e do conselho municipal de saúde, gestores e representantes políticos).

### **1 - A EXPANSÃO DA REDE DE SERVIÇOS DE SAÚDE EM MOSSORÓ-RN**

**1.1** - Em sua opinião a expansão da rede de serviços de saúde em Mossoró está associada a que fatores?

**1.2** - Como você analisa a implantação dos programas PACS/PSF para a área da saúde em Mossoró?

### **2 - O CAMPO DA SAÚDE E OS ATORES POLÍTICOS**

**2.1** - O campo da saúde em Mossoró é um espaço privilegiado para as pessoas se projetarem politicamente?

**2.2** - Ao que você atribui a projeção de profissionais da área da saúde como médicos, enfermeiros, bioquímicos, dentre outros, no cenário político da cidade?

### **3 - OS PROGRAMAS DE SAÚDE PACS/PSF E A DINÂMICA DO CAMPO POLÍTICO**

**3.1** - Quais as implicações (causas/efeitos) da implantação e expansão dos programas PACS/PSF para o campo político em Mossoró?

**3.2** - Quais as implicações (causas/efeitos) da implantação e expansão dos programas PACS/PSF para os atores políticos vinculados a área da saúde?

**3.3** - Como você avalia as trajetórias dos políticos locais vinculados a área da saúde?

**3.4** - Ao que você atribui o capital político desses representantes políticos?

**ANEXOS**



## **CARTA DE ENCAMINHAMENTO DE PROJETO AO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ONOFRE LOPES - HUOL**

Natal, 21 de junho de 2011.

Ilma. Dr<sup>a</sup> \_\_\_\_\_ coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Onofre Lopes – HUOL.

Eu, Clidenor Barreto da Silva Filho, mestrando do Programa de Pós-graduação em Ciências Sociais da UFRN encaminho o projeto de pesquisa que coordeno e que é intitulado “*Práticas clientelistas e dádivas como estratégias de hegemonia política: uma análise do campo da saúde em Mossoró-RN*” para apreciação neste Comitê de Ética em Pesquisa.

Esclareço que não o registrei como multicêntrico porque se trata de um projeto essencialmente qualitativo a ser realizado no município de Mossoró, que terá lócus de investigação o campo da saúde coordenado pela Gerência Executiva da Saúde, localizada no município supracitado.

A pesquisa está relacionada a construção da Dissertação de Mestrado no Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais - UFRN, coordenado pelo Prof.º Dr. Orivaldo Pimentel Lopes Júnior e sob a orientação da Prof.<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Lore Fortes.

O estudo tem como objetivo analisar o campo da saúde no município de Mossoró-RN e sua relação com a dinâmica e os desdobramentos do cenário político local.

Atenciosamente,

---

Clidenor Barreto da Silva Filho

Telefone de Contato: (84) 99419404 e 32055306 (res.)



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE - UFRN**  
**CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS, LETRAS E ARTES – CCHLA**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS SOCIAIS - PPGCS**

Campus Universitário - Av. Salgado Filho, Br 101- Lagoa Nova – Natal/RN

Prezado (a) participante:

Vimos, por meio deste documento, solicitar sua colaboração nesta pesquisa intitulada **Práticas clientelistas e dádivas como estratégias de hegemonia política: uma análise do campo da saúde em Mossoró-RN** que tem como objetivos analisar o campo da saúde no município de Mossoró-RN e sua relação com a dinâmica e os desdobramentos do cenário político local, assim sendo, analisa a dinâmica do campo político relacionando-o a implantação dos programas de saúde PACS/PSF correspondente ao período entre 1991-2010.

A autorização para a realização de cada entrevista tem garantia de ser livre e que as informações fornecidas serão tratadas anonimamente, bem como teremos o cuidado com a preservação da imagem do entrevistado e da instituição sediadora. Não há previsão de gastos dos voluntários com esta pesquisa, no entanto, se isso acontecer, os mesmos serão devidamente ressarcidos pelo coordenador da pesquisa e em caso de eventual dano comprovadamente decorrente do estudo, serão indenizados obedecendo às diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa, de acordo com a resolução nº 196/96, de 10 de Outubro de 1996. Esta pesquisa oferece riscos mínimos aos participantes, se você se sentir constrangido, poderá se recusar a completar a entrevista. O coordenador da pesquisa, Clidenor Barreto da Silva Filho, assume a responsabilidade sobre qualquer risco que se apresente. Os dados coletados não serão identificados, preservando a privacidade de todos.

**Consentimento Livre e Esclarecido**

**Entendo** que estou sendo convidado (a) a participar do desenvolvimento dessa pesquisa coordenada pelo mestrando do Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais da UFRN - Clidenor Barreto da Silva Filho, concedendo entrevista e participando de entrevistas individuais, por eu ser profissional de saúde que integro a Equipe Saúde da Família do município de Mossoró-RN. E que poderei deixar de colaborar em qualquer fase, sem

penalização alguma e sem prejuízo ao sigilo quanto às informações já fornecidas, cabendo apenas comunicar a minha decisão ao pesquisador.

Compreendo que os resultados dessa pesquisa, favoráveis ou não, serão compartilhados com as pessoas participantes, bem como, com a comunidade acadêmica e divulgados através de publicações científicas. Que os resultados desta pesquisa serão dados a mim caso eu os solicite e que a pessoa que devo entrar em contato, no caso de dúvidas é com o pesquisador responsável Clidenor Barreto da Silva Filho através do telefone (84) 3205-5306 ou (84) 9941-9404.

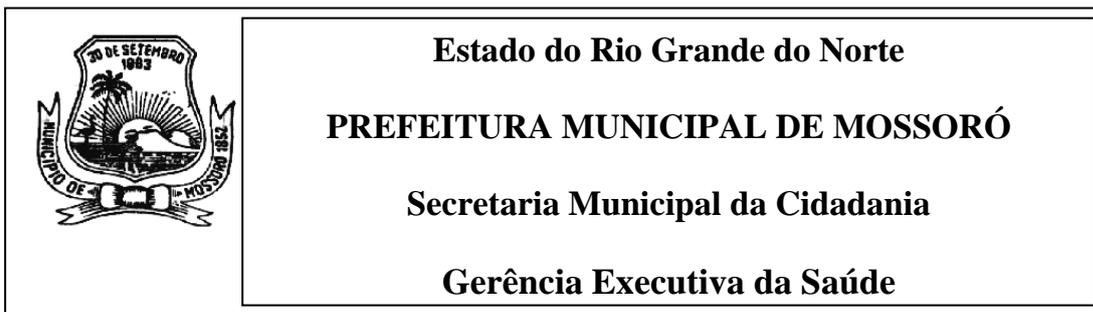
Declaro-me informado (a) e autorizo, voluntariamente, a utilização dos dados fornecidos para a pesquisa em questão.



Mossoró, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura do entrevistado

\_\_\_\_\_  
Assinatura do pesquisador



### TERMO DE ANUÊNCIA

Declaro para os devidos fins que a Gerência Executiva da Saúde foi comunicada que **Clidenor Barreto da Silva Filho**, matrícula **2009102720**, CPF- **010424214 - 04**, aluno regular em nível de Mestrado no Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais da Universidade Federal do Rio Grande do Norte - UFRN, sob a orientação da Professora Dr<sup>a</sup> Lore Fortes, ambos responsáveis pela execução da pesquisa intitulada “**Práticas clientelistas e dádivas como estratégias de hegemonia política: uma análise do campo da saúde em Mossoró-RN**”, cujo campo envolve os cenários, atividades e atores sociais na Estratégia Saúde da Família (ESF) do município de Mossoró-RN. Compreendo que o produto da pesquisa constará na Dissertação de Mestrado, a qual será apresentada ao colegiado do referido programa de pós-graduação e que as informações fornecidas serão tratadas com sigilo, bem como o cuidado com a preservação e a imagem da instituição.

Assim, autorizo a utilização quando necessário dos espaços físicos das instituições (UBS) ligadas a esta gerência, inclusive entrevistando pessoas e coletando informações em fontes documentais durante a coleta de dados e entrevistas individuais.

Mossoró, 20 de Junho de 2011.

---

Benjamin Bento de Araújo Neto  
Gerente Executivo da Saúde