



Sociedade e Cultura

ISSN: 1415-8566

brmpechincha@hotmail.com

Universidade Federal de Goiás

Brasil

Georges, Isabel P. H.

Entre participação e controle: os(as) agentes comunitários de saúde da região metropolitana de São Paulo

Sociedade e Cultura, vol. 14, núm. 1, enero-junio, 2011, pp. 73-85

Universidade Federal de Goiás

Goiania, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=70320084008>

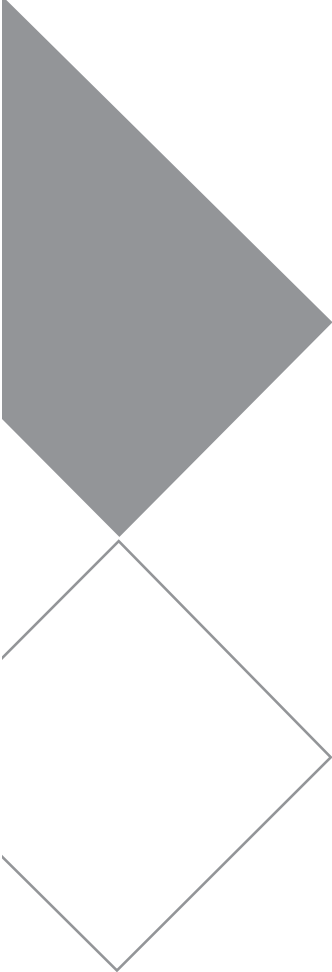
- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica

Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal

Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto



Entre participação e controle: os(as) agentes comunitários de saúde da região metropolitana de São Paulo¹

Isabel P. H. Georges

Doutora em Sociologia

Pesquisador do Institut de Recherche pour le Développement/

UMR 201 "Développement et sociétés", França

Professora visitante Unicamp-IFCH

isabel.georges@ird.fr

Resumo

Este artigo se propõe discutir a função social dos agentes comunitários de saúde (ACS) na produção de um serviço público de saúde urbano, na perspectiva da ação situada. O serviço co-produzido com os usuários é analisado como resultado da relação triangular entre o Estado, os agentes e a população dos usuários, da qual esses últimos fazem parte (morar a mesma 'micro-área' é um dos critérios de seleção). Por um lado, essa categoria de trabalhadores sociais 'subalternos' encarregada do desenvolvimento do Programa Saúde da Família (PSF) é herdeira dos movimentos populares dos anos 1980 (movimento nacional para a saúde), por outro, a sua atividade cotidiana está sendo pautada pelas políticas neoliberais e de reforma interna do Estado dos anos 1990, e a emergência de outros atores e instâncias de regulação locais, que ocuparam o espaço deixado pelo Estado. Nesse contexto ambíguo, o artigo propõe uma primeira sistematização dessas injunções contraditórias e discute o papel de "mediador" dos agentes.

Palavras-chave: democratização; trabalho precário; políticas públicas; trabalho de mulheres; etnografia urbana

OS(AS) AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE (ACS)² formam uma categoria profissional de execução assalariada que nasceu no contexto nacional de redemocratização e de reforma do Estado brasileiro a partir do final dos anos 1980, que culminou na descentralização administrativa (Lima; Moura, 2005). A própria criação da categoria em nível federal e a sua inscrição no Programa Saúde da Família (PSF)³ em 1994 constituem o resultado de um processo virtuoso de mobilizações populares; ao mesmo tempo, as políticas da reforma do Estado e as políticas neoliberais dos anos 1990 esvaziaram essas políticas públicas por parte do seu conteúdo (Lima; Cockell, 2008). A ocorrência

¹ Este artigo é fruto do projeto de cooperação bilateral franco-brasileiro CNPq/IRD (n. 490.571/2006-9) Novas Formas de Inserção Ocupacional de Populações de Baixa Renda (2007-2011), coordenado por Marcia de Paula Leite (Unicamp) e Isabel Georges (IRD), Cf. Cabanes e Georges (2009) e Georges e Leite (2011). Agradeço a Jordão Horta Nunes por sua releitura atenta.

² A maior parte dos(das) agentes contatados(as) ao longo da pesquisa é composta de mulheres, ainda que se registrasse a presença de alguns homens. Embora a construção do gênero dos(das) agentes – assim como do seu 'público-alvo' – não constitua o objeto principal desse

quase simultânea desses dois projetos contraditórios – o neoliberal, por um lado, e o de construção democrática, pelo outro – assim como o uso de “um discurso comum” no contexto de sua implementação que fora chamado também de “confluência perversa” (Dagnino *et al.*, 2006), configuram o quadro mais amplo do surgimento e do desenvolvimento atual dessa categoria. Nessa perspectiva, a análise da atividade desses(as) trabalhadores(as) revela alguns aspectos das transformações contemporâneas das relações entre o Estado, o mercado e a assim chamada sociedade civil no Brasil. Também concerne à discussão sobre a precarização das relações de trabalho, por um lado, e sobre a emergência de novas profissões, especialmente profissões sociais “do cuidado”⁴ e à ampliação do trabalho feminino assalariado, por outro, que podem ser consideradas duas faces da mesma moeda e indicar um dos aspectos da “bipolaridade” do trabalho feminino (Bruschini *et al.*, 2008).

De maneira geral, esses(as) agentes realizam uma atividade de gestão de fluxos para o Sistema Único de Saúde (SUS) desde o início dos anos 1990. Ocupação oriunda de práticas militantes no Nordeste, a sua disseminação nas principais metrópoles do país e especialmente a realização dessa atividade em “situações periféricas” (De Almeida *et al.*, 2008) semelhantes ao contexto pesquisado levantam algumas interrogações específicas sobre a função social efetiva dessa categoria de trabalhadores(as) e o seu uso pelo Estado. A natureza desse trabalho, assim como a questão das fronteiras entre espaços – centrais e periféricos, públicos e privados, legítimos e ilegítimos, legais e ilegais – apropriados por diferentes grupos sociais e sendo atravessados por esses fluxos, revelam os mecanismos de diferenciação social analisados neste artigo. O objetivo de um tipo de “etnografia da ação do Estado nas suas margens”⁵ – no caso, por meio das relações entre os seus agentes mais distantes dos centros de poder e de legitimidade social, e os “cidadãos” – não seria o de avaliar as políticas públicas através da influência dos seus processos de implementação sobre a acessibilidade dos serviços

(Lotta, 2010), mas o de flagrar de que forma tais agentes contribuem, por meio de sua atividade de ‘mediação’ à produção e à reprodução, para a legitimização de relações de poder. Nesse contexto, não se trata exclusivamente do poder do Estado e de suas formas de apropriação e de mercantilização (Misse, 1997), mas, especificamente, de mostrar como a ação constrangida desses(as) agentes(as) os(as) leva a compor com diversas instâncias de poder e de quadros de referência – e de legitimá-las⁶. Nessa perspectiva, a atividade de ‘mediação’ ou, mais exatamente de ‘tradução’ entre diversos tipos de lógica, é uma das tarefas rotineiras que compõem o “feixe de tarefas” (Hughes, 1951) realizado por eles(elas) e que lhes permitem cumprir a sua missão.

A ideia norteadora inicial deste artigo era uma interrogação sobre as relações entre o estatuto do emprego e o tipo de serviço produzido, especialmente no caso de um serviço público – prestado por agentes ao serviço do Estado e da população, e mais particularmente de um ‘trabalho de cuidado’, realizado na maioria dos casos por mulheres, sendo elas ao mesmo tempo ‘público-alvo’ desses serviços e tendo a mesma origem social que as ‘cuidadoras’. No caso brasileiro, o debate sobre o serviço público é, de uma maneira geral, muito ideologizado, oscilando entre a reivindicação da estabilização das relações de emprego, por um lado, e a denúncia da ineficiência do serviço público e do recebimento indevido de vantagens pelo Estado, por outro. Além do mais, os estudos empíricos da atividade concreta desses agentes, trabalhadores do Estado, numa grande variedade de situações e de estatutos, são raros⁷.

Independentemente do seu estatuto jurídico e legal efetivo, podemos considerar com Lipsky (1980) que se trata de trabalhadores(as) do Estado, que constituem burocratas do nível da rua, os “*street-level bureaucrats*”. Conforme esse autor, são esses(as) trabalhadores(as), que definem, através de sua margem de ação “discricionária” o nível de acesso efetivo da população aos serviços públicos – e, numa certa medida, o conteúdo dos serviços. Numa perspectiva semelhante, para Gaudrey (1994), o serviço desenvolvido é sempre o resul-

4 A definição dessa categoria foi objeto de um congresso internacional, O que É o Care? Emoções, Divisão de Trabalho, Migrações realizado pela USP-FFLCH, na Casa da Cultura Japonesa, nos dias 26 e 27 de agosto de 2010. Como a atividade de cuidadores (care work) não integra propriamente a temática deste artigo, sugere-se a leitura de Molinier, Laugier e Paperman (2009) para a discussão do conjunto de tarefas físicas e emocionais que envolvem esse trabalho.

5 Os estudos de Das (2002) sobre a ação cotidiana do Estado Indiano, assim como as pesquisas de Feltran (2007, 2008, 2009) sobre as relações entre política e violência na periferia de São Paulo constituem, nessa perspectiva, exemplos norteadores, especialmente no que tange à construção das fronteiras. Em artigo mais recente, Feltran (2010), ao analisar a história de mais de duas décadas de uma entidade de defesa de direitos humanos da periferia de São Paulo, operacionaliza essa abordagem colocando em relação as transformações dos movimentos sociais e o perfil da população, “iluminando as fronteiras (ou margens) da política contemporânea no Brasil” (Feltran, 2010, p. 203).

6 Num texto mais recente, Misse (2010) analisa o processo social de criação de “rótulos” – no caso para a definição da categoria de “bandido” no Brasil – chamado de “sujeição”. De fato, o presente artigo constitui o primeiro passo para uma orientação analítica que visa mostrar processos de produção de legitimidade como sendo uma parte da atividade rotineira de diversas categorias de trabalhadores, mas ainda pouco explorado

tado da coprodução entre o usuário e o(a) agente do Estado, ou da relação triangular entre o Estado, os(as) seus(as) agentes e os(as) usuários(as). Ao mesmo tempo, são os(as) agentes, e mais especificamente os(as) agentes “de execução”, que definem os limites da instituição e da divisão social do trabalho entre esta última e a população (Hughes, 1971). Focaremos nessa função de ‘mediação’ dos(das) agentes entre o Estado e os(as) usuários(as) e de negociação do serviço, a partir de um dispositivo inicial de injunções contraditórias.

A pesquisa de campo – de tipo etnográfica, combinando observações em sítio de longa duração e entrevistas biográficas, realizadas a repetição, várias vezes ao longo da pesquisa, em geral em domicílio, assim como análise de dados secundários – foi realizada principalmente numa UBS (Unidade Básica de Saúde) de Cidade Tiradentes onde foram realizadas observações do trabalho das equipes Saúde da Família e do Nasf (Núcleo de apoio à saúde família) dentro (participação das reuniões diárias, de grupo, notadamente) e fora do posto (acompanhamento das visitas domiciliares dos agentes comunitários de saúde). Tanto as entrevistas realizadas em domicílios como as conversas informais com os profissionais e a população compõem o material empírico da pesquisa⁸.

O território e sua população

A análise do trabalho dessa categoria de agentes num distrito periférico da região metropolitana de São Paulo (RMSP) – Cidade Tiradentes – permite destacar as especificidades desse trabalho no meio urbano e as suas dificuldades, assim como revela, de modo emblemático, uma heterogeneidade de estatutos de emprego e de situações de trabalho particularmente grande. Esse distrito se situa na zona Leste da RMSP, que se caracteriza pelo alto nível de vulnerabilidade social da população e pelo tipo de ocupação do território e de relações com o poder público (Georges; Rizek, 2008). A zona Leste se destaca por sua grande densidade demográfica e contingente importante da população – de aproximadamente 3 milhões e 812 mil pessoas – das

quais 1 milhão e 158 mil (30,4%) vivem em condições consideradas de alta e altíssima vulnerabilidade social. Cidade Tiradentes, localizada no extremo leste da capital, a 35km do marco zero da cidade – que abriga o maior complexo de conjuntos habitacionais da América latina, com cerca de 40.000 unidades – foi construída quase exclusivamente pelo próprio poder público⁹ para o realojamento de populações expulsas de ocupações consideradas ilegais, desde os anos 1980, e sem o fornecimento de uma infraestrutura básica (ausência de serviços públicos, como escolas, creches, mas também de serviços de proximidade, como comércio), pelo menos no início. Nesse sentido, as várias formas de ‘informalidade’ são constitutivas inclusive do processo de urbanização da área pelo próprio poder público¹⁰.

Os(as) agentes comunitários(as) de saúde (ACS) se caracterizam por seu forte enraizamento no território: fazer parte da comunidade a ser atendida é critério formal de seleção. Para os membros dessa categoria, o trabalho como agente do Estado constitui, em muitos casos, uma maneira de se desviar do destino coletivo dessas populações, de adquirir um certo ‘estatuto social’ e de poder trabalhar nas proximidades do domicílio – uma grande vantagem nessas áreas distantes e desprovidas de emprego. Nesse sentido, ao mesmo tempo em que o Estado ‘funcionaliza’ a situação dessas mães provedoras em muitos casos, negras e com necessidade de acesso a moradia para populações de baixa renda, aproveitando-se da situação de falta de opções melhores, pagando salários derrisórios e mantendo-os(as) numa situação de dependência no sentido de se sujeitar a um conjunto de injunções contraditórias (como veremos a seguir), esse emprego pode igualmente ser produtor de autonomia econômica, social e sexual.

O exemplo de duas trajetórias de agentes de saúde, a de Janine e a de Ana, mostra como a ocupação nesse vínculo lhes providencia ‘uma situação’, ao mesmo tempo em que as ancora ainda mais no território e na sua própria casa – o que também pode gerar dependência (através do critério de moradia na “microárea”)¹¹.

Janine¹², uma agente comunitária de saúde de 31 anos, separada, três filhos (12, 7 e 4 anos), cresceu no Itaim Paulista, seu pai é caminhoneiro e sua mãe, doméstica diarista. Tem mais três irmãs (33 anos, dona de casa, uma mais nova, caçula de 23 anos, vendedora

8 Gostaríamos de agradecer a Robert Cabanes e sua equipe, cuja presença nesse território desde 2003 garantiu a grande qualidade dos vínculos estabelecidos ao longo do tempo.

9 Por intermédio da Companhia Metropolitana de Habitação de São Paulo (COHAB), do CDHU (Companhia de Desenvolvimento Habitacional e Urbano do Estado de São Paulo) e de grandes empreiteiras, que inclusive aproveitaram o último financiamento importante do BNH (Banco Nacional da Habitação), antes de seu fechamento. Cf. Georges e Rizek (2008).

10 Mônica V. de Souza (2007) afirma em seu texto de qualificação para o doutoramento que 72% do território de Cidade Tiradentes se encontra em área de preservação ambiental.

11 A microárea é o território de atuação do agente, geralmente o próprio prédio de moradia, e os prédios adjacentes. Morar e atuar nessa mesma

de planos de telefone) e um irmão, que trabalha numa transportadora. Os pais se mudaram para Cidade Tiradentes no início dos anos 1990, porque conseguiram comprar casa própria ('contrato de gaveta'). Chegou em Cidade Tiradentes no final dos anos 1990, com o seu primeiro filho, possui apartamento próprio na Cohab (do lado da mãe, do irmão e de duas irmãs). Trabalhou como caixa de supermercado (sem registro), durante três anos:

Eu tava trabalhado lá [no supermercado] e eu vi a divulgação né, como acontece até hoje né a divulgação [do processo seletivo para agente], e eu fiz a inscrição, sem acreditar, muito menos porque eu não sabia nem que serviço era esse, mais que serviço que era, tava lá a inscrição e falavam que era registrado, e onde eu trabalhava era sem registro, eu falei opa agora é a hora, aí foi onde eu fiquei sabendo e fiz a inscrição, passei pelo processo inicial e deu certo.

Janine entrou no posto (Unidade Básica de Saúde – UBS) em 2002 e concluiu o Segundo Grau (Supletivo). Havia interrompido os estudos com o nascimento dos filhos. Procurou estudar numa escola técnica, na qual tentou ingressar por duas vezes. Separou-se do marido (vidraceiro, pai dos dois filhos mais velhos), depois de sua prisão por envolvimento com drogas: “Eu aprendi muito com o sofrimento, por que eu sofri muito, eu sofri tanto, filha, hoje eu tô no paraíso, hoje eu... meu modo de ver e de pensar nas coisas, é completamente diferente do que eu fui há um tempo atrás”.

Ao ser indagada a respeito das modificações em seu modo de ver e de pensar, Janine declara:

Filhos, porque muitas vezes eu ficava assim, ‘aí, eu não devia ter arrumado, por que eu fui arrumar, estragou a minha vida’, não, eles estão aí e eu vou ter que cuidar deles e nada eu dou como perdido. Tá em tempo de eu arrumar um serviço melhor, de eu educar eles da melhor forma possível e que não é empecilho. Então eu mudei muito, muito a minha maneira de pensar, e eu acredito que algo vai acontecer e que vai melhorar, então tem hora que eu me surpreendo com os meus pensamentos, mas tem hora que eu tenho aqueles momentos de desânimo.

Ana, outra agente comunitária de saúde, tem 49 anos, nasceu em Santos (os pais vieram do estado de Sergipe, Nordeste). O pai, pedreiro, trouxe a mãe, então com 13 anos, para São Paulo, onde nasceu mais uma irmã. Os outros 11 irmãos nasceram em Lagarto, no estado de Sergipe, onde o pai teve uma criação de gado, no campo, e instalou a mãe, que quis voltar para sua terra e acabou por criar os filhos sozinha. O pai continuou trabalhando em São Paulo, como pedreiro. Ana voltou para São Paulo com 16 anos, com o pai, que a levou para visitar as tias da família dele, mas ela decidiu ficar e se empregou como doméstica, para po-

do trabalho na roça). Primeiro emprego formal aos vinte anos, no correio central, depois de ter completado o Segundo Grau. Em seguida, trabalhou como secretária para um advogado e foi morar na casa de duas tias solteiras quando se casou aos 23 anos (com o seu primeiro namorado por pressão dessas últimas), com a perspectiva de poder estudar mais:

Aí, pintou o casamento e eu falei: vou juntar porque os dois trabalhando resolve tudo, e deu tudo contrário. Aí eu fui trabalhar sozinha, batalhar sozinha, eu tive que mudar a minha história, eu consegui os meus filhos e transferei isso para eles. Eu vejo assim, depois de ter os meus filhos, eu tenho que ter a minha vida que sonhei tanto e não consegui, e ainda tô na batalha.

Chegaram na Cidade Tiradentes em 1993 (apartamento sorteado pela Cohab), de Interlagos, onde Ana era supervisora de vendas. Ela fez todo tipo de ‘bico’, vendendo *hot dog* na rua depois de ter saído do seu emprego anterior por ser muito distante de seu local de moradia.

O marido, antigo mecânico de aviação, foi mandado embora depois das privatizações consecutivas. Está desempregado há 15 anos e tornou-se alcoólatra:

Ele [o marido] se afundou na pinga, mais não quis ajuda, entendeu, eu sinto que ele se sente inferior por eu trabalhar e ele não, foi caindo em depressão e não tem como ajudar. Foi quando os meus filhos não quiseram que colocasse ele na rua, aí eu fui pondo na balança desse jeito. O que eles puderem me ajudar eles ajudam, mas também não insisto, acho que também não tem necessidade de eu pedir nada para os meus filhos.

Os dois filhos frequentaram a escola na Cidade Tiradentes durante quatro anos, fizeram o Ensino Médio no bairro Tatuapé, após uma tentativa de se mudar, com a avó paterna, para Avaré, no interior do estado de São Paulo, por falta de opção de escola de qualidade na Cidade Tiradentes. Tentativa de separação em 1995, que os filhos impediram para não expulsar o pai de casa:

O que ele [o filho] puder fazer, ele faz, e se ele tiver em apuro ele fala ‘mãe não dá para fazer isso’. Eu não tenho esse negócio com filho não, você tem que fazer isso ou você tem que fazer aquilo, porque é assim, eu criei eles com muito sacrifício, porque o pai dele é alcoólatra mesmo, não me ajudou em nada, ele só enche a cara. Eu teria que me separar dele, e quando eu dizia que ele ia embora, ele chorava, porque ele não queria ficar sem o pai. Aí, ele dizia ‘deixa a gente crescer mãe, tem paciência e deixa a gente crescer, a gente vai te ajudar’, mas eles nunca quiseram ficar sem o pai, e eu acabei criando eles sozinho sem o próprio pai.

lógica) no ano passado, mas não pediu a sua retirada da casa:

É, mais assim as pessoas às vezes acham que pra mulher a felicidade é ter marido, ter a vida dela e eu já não, eu estando no meu cantinho sossegado com os meus filhos e vendo eles indo bem pra mim tá bom, eu não me sinto infeliz não. A minha vida é simples e Deus me deu saúde, meus filhos o que eu pedi para Deus que eles não se envolvessem com drogas e fossem uns meninos diferentes, e isso eu consegui, o objetivo na minha vida era esse, porque agora, um com 20 e outro com 25, nunca se envolveram com nada.

Casada há 26 anos, seus dois filhos adultos moram até hoje junto com os pais. O mais novo estuda Ciência de Computação numa universidade particular, com bolsa de estudos e trabalha num banco. O mais velho, de 25 anos, trabalhou durante quatro anos num estabelecimento de *fast food* em São Paulo, após um período de desemprego e de uma estadia em Minas Gerais, onde ele trabalhou como teleoperador. Formou-se em análise clínica, numa escola técnica na Cidade Tirantes e hoje procura emprego.

Ana entrou no posto em 2001 e foi síndica no prédio onde morava até 2009. Atualmente, ela está presa ao seu apartamento, junto com o marido, por não ter recursos financeiros para se manter em outra localidade, sem seu emprego atual de agente, que depende de sua localização geográfica na microárea onde trabalha: “Eu não sei nem o que vai acontecer agora, se um [filho] vai casar e outro casar, sei lá, eu não sei o que eu vou resolver, junto no mesmo teto eu não fico, sem eles [os filhos] não, eu tô saindo, nem que seja para o apartamento lá de cima”.

A relação com o Estado: precarização de emprego ou política participativa?

Como já constatado em estudos anteriores (Lima; Moura, 2005, Lima; Cockell, 2008), os(as) agentes comunitários(as) de saúde surgiram num contexto de flexibilização das relações de trabalho e de reorganização produtiva dos anos 1990, e emanam do novo padrão de “acumulação flexível” das relações capital-

-trabalho (Lipietz, 1991, Harvey, 1993). Por outro lado, a própria criação da categoria dos(as) ACS é fruto da luta pela redemocratização das relações com o Estado e dos movimentos de saúde dos anos 1980 (Lima; Moura, 2005), que refletiram na Constituinte de 1988, que instituiu o Sistema Único de Saúde (SUS). Não obstante, desde então, conforme a revisão bibliográfica realizada por Lima e Cockell (2008), essa área passou na década de 1990 por uma “reforma informal do Estado” (Nogueira, 1996, 1999), que contribuiu para uma intensificação da precarização das relações de trabalho e pela multiplicação das formas do assim chamado ‘trabalho atípico’, com a terceirização dos serviços prestados, a criação de cooperativas de funcionários etc. Conforme Krein (2007), houve um aumento significativo das formas de contratação de servidores públicos não efetivos entre 1995 e 2005 (de 8,9% para 18,3%). Nesse sentido, o espaço analítico dessa categoria de trabalhadores(as) do setor da saúde situa-se na interface dessas duas abordagens e informa uma parte das contradições que os(as) agentes vivenciam quotidianamente (Lancman *et al.*, 2007). Além do mais, essas ambiguidades inerentes ao trabalho dos agentes culminam na experiência privada dessas mulheres, definida a partir dos problemas que elas compartilham com a população atendida por elas.

No caso do trabalho dos agentes comunitários de saúde do PSF, trata-se do desenvolvimento de um programa inovador de saúde no plano nacional a partir dos anos 1990, no sentido não apenas de curar doenças, senão também de prevenir. Herdeira do Movimento Nacional para a Saúde dos anos 1980¹³, resultou na criação do ACS como categoria profissional por lei federal em 2002¹⁴. Obteve bons indicadores de desempenho, especialmente a partir do Programa de Saúde do governo do Estado do Ceará a partir de 1987, para combater os efeitos da seca, e com muito êxito na redução da mortalidade infantil (Lima; Moura, 2005), o que o tornou modelo e motivou, entre outras experiências, a integração dos(as) ACS na rede do SUS desde 1991 e sua integração no PSF desde 1994 (Lima; Cockell, 2008).

O setor de saúde, bem como o da assistência e da previdência social¹⁵, são marcados, no Brasil, conforme Araújo (2007), por duas tendências opostas que disputam atualmente o futuro: uma privatista elitista, de caráter curativo, e uma publicista, “de acesso universal, concebido como direito social, que busca articular ações curativas e preventivas” que se desencadeou des-

¹³ Entre as experiências precursoras, constam o Médico da Família, de Niterói, os Agentes Pastorais da Igreja Católica e visitantes sanitários do Serviço Especial de Saúde Pública (Sesp) (Lima; Cockell, 2008), assim como a experiência cubana do médico de Família (desde 1984).

¹⁴ Lei federal n. 10.507, de 10 de julho de 2002, que estipula que são requisitos para exercer a atividade de Agente Comunitário de Saúde: I – Residir na Comunidade onde irá atuar; II – Haver concluído com aproveitamento curso de qualificação básica para formação de Agente Comunitário

de o movimento da Reforma Sanitária dos anos 1970 (Veras, 2008). Historicamente, conforme esse autor, a perspectiva privatista sempre orientou as políticas públicas na área da saúde no Brasil, mas houve dois momentos de maior atuação. O primeiro foi a época da ditadura militar, com o repasse de recursos públicos para os segmentos privados; o segundo ocorreu ao longo dos anos 1990, com as políticas neoliberais. “É nesse registro que ganha evidência o discurso de enaltecimento das virtuosidades do Terceiro Setor, sempre em contraste com o 'burocratismo' do Estado e a condição de “privilegiados” dos servidores públicos” (Veras, 2008, p. 7-8).

A concretização dessa perspectiva privatista é particularmente patente na região metropolitana de São Paulo, notadamente no que tange à “transferência de responsabilidade da União para Estados e Municípios e para organizações privadas, com a adoção de formas mistas de gestão pública, por meio de parcerias”, por exemplo com Organizações Sociais (OS)¹⁶, ou outras organizações da sociedade civil (OSCIPS, ONGs, Fundações Estatais de direito privado), e os seus efeitos sobre a heterogeneização e a flexibilização das relações de trabalho e de emprego dos(as) agentes do Estado. No caso da zona Leste – onde se localiza o distrito no qual foi realizada a pesquisa –, a ‘ressignificação’ da descentralização do SUS no sentido de afastamento da responsabilidade do Estado chegou no seu auge com a terceirização da gestão das OS e do seu controle, que viraram agentes de terceirização (educação, formação e contratação dos profissionais), significando em uma certa medida uma perda do controle social¹⁷. Globalmente, observa-se a passagem de uma prevalência da atuação do Estado para o município, com um ‘deslizamento’ do poder para as OS, no caso da zona Leste de São Paulo¹⁸, inclusive dando uma abertura maior para outras entidades não-laicas, como a Igreja Católica. Nessa perspectiva, na ocasião de uma reforma recente num posto de saúde, as representantes da OS Santa Marcelina sugeriram para a gerência do posto providenciar um espaço com crucifixo, destinado às práticas religiosas da população, sem mencionar outras orientações mais controvertidas, como, por exemplo, as práticas de ‘planejamento familiar’ e veiculação de informações sobre as possibilidades (muito restritas) de prática legal

do aborto. De fato, as OS deveriam aplicar as orientações em termos de políticas de saúde que foram adotadas nas diversas instâncias das conferências de saúde (local, municipal, estadual e federal), mas pouco se sabe sobre a efetiva aplicação dessas orientações no caso das OS.

Transformações da gestão da saúde pública na zona Leste (RMSP) desde o final dos anos 1990

Em 1997, foi estabelecido um convênio entre o hospital Santa Marcelina (Itaquera) e a Secretaria Estadual de Saúde para a contratação das equipes de Saúde da Família (Programa Qualis). Em 1998, houve o reconhecimento do hospital Itaim Paulista (construído pelo governo do Estado) como OS, com contrato de gestão com o Estado, e cedido pelo Estado para o Santa Marcelina (administrador), que passa a administrar também o hospital de Itaquacetuba. Em 2001, ocorreu a municipalização da saúde, com as equipes de Saúde da Família passando a ser contratadas pela Secretaria Municipal da Saúde (governo de Marta Suplicy, PT), que faz a intermediação da mão-de-obra, com contrato CLT. No mesmo ano, foram instituídas cinco autarquias hospitalares¹⁹, com contratação dos novos funcionários pela Secretaria municipal de saúde, por processo seletivo, pela CLT.

Inicia-se em 2004 a gestão do governo Serra e, em 2005, foram criadas cinco Coordenarias Regionais subordinadas à Secretaria Municipal de Saúde, coincidindo com as áreas de abrangência das cinco autarquias hospitalares. Em 2006, foi aprovada a Lei Municipal autorizando a contratação dos OS; a administração das Assistências Médicas Ambulatorial (AMAs) passa para o Santa Marcelina (OS). No ano de 2007, foi inaugurado o hospital de Cidade Tiradentes (municipal), administrado pelo OS Santa Marcelina; o hospital M’Boi Mirim passa a ser administrado pelo hospital Albert Einstein. No mesmo ano, foi firmado o contrato de gestão para a Microrregião Cidade Tiradentes e

16 Organização Social (OS): resultado da medida provisória nº 1.648, transformada em lei nº 9.637, de 15 de maio de 1998. “As Organizações sociais não são uma nova espécie de pessoa jurídica privada. Tampouco se trata de entidades criadas por lei e encartadas na estrutura da Administração Pública. São pessoas jurídicas organizadas sob a forma de fundação ou associação sem fins lucrativos, que recebem título jurídico especial de organização social, conferido pelo poder público, mediante atendimento dos requisitos previstos expressamente em lei” (Alves *apud* Rocha, 2003, p. 81).

17 A grande precariedade ou ‘vulnerabilidade social’ da população da zona Leste constitui, provavelmente, um dos motivos para a extensão da privatização nesse território, um ‘laboratório político’ tanto para a pacificação social da população como para a captação de votos. É na Cidade Tiradentes que Marta Suplicy (a antiga prefeita de São Paulo do PT que não foi reeleita em 2005) foi a mais votada.

18 As transformações dos mecanismos de controle político do setor da saúde na cidade de São Paulo, inclusive do sistema de políticas e práticas participativas, necessita, com certeza, de uma análise à parte – constitui o propósito de uma série de estudos e publicações realizados pelo Ob-

Guiainazes para a administração das Unidades Básicas de Saúde (UBS) gerenciadas pelo Santa Marcelina. Os antigos funcionários da prefeitura necessitaram pedir afastamento para continuar trabalhando na mesma entidade de UBS (custeadas pelo Município e gerenciadas pela OS Santa Marcelina). Os funcionários do Estado, trabalhando pela prefeitura, recebem desta um complemento salarial. Em 2008, os prontos-socorro e as Unidades de Pronto Atendimento (UPA), vinculados antigamente à autarquia hospitalar, passam a ser vinculados à OS, que não tem mais conselhos gestores²⁰ (como no setor público de saúde, nas UBS).

O breve retrospecto histórico indica que a relação entre os(as) agentes e o Estado está sendo determinada em grande medida por suas condições de trabalho e do vínculo empregatício, resultantes das políticas públicas.

Organização do trabalho dos(as) Agentes Comunitários(as) de Saúde (ACS)/Programa Saúde Família (PSF)

A equipe do Programa Saúde da Família²¹, localizada na UBS é composta por um médico, uma enfermeira, uma auxiliar de enfermagem e cerca de cinco ACS que moram obrigatoriamente nas proximidades do posto. Cada agente atende as famílias cadastradas de sua microárea. No posto de saúde onde foi realizada a pesquisa (localizada em Cidade Tiradentes), houve seis equipes no total. O nível salarial dos membros da equipe saúde família situa-se no nível do mercado, com exceção do salário dos trabalhadores de execução, os ACS, que ganham cerca de R\$ 600,00²² por mês (a auxiliar de enfermagem, mais do que o dobro, a enfermeira, mais do que cinco vezes, e o médico mais do que dez vezes este valor). Não obstante, a rotatividade dos médicos do

Programa é grande e as equipes ficam por vezes sem médico, cujo papel é preenchido por parte das enfermeiras ou por médicos 'plantonistas'. A enfermeira se encarrega, além do atendimento e de visitas domiciliares junto com o médico e/ou os agentes, da coordenação da equipe e da fiscalização das metas de trabalho. Os agentes são os trabalhadores de base cuja atividade consiste no estabelecimento da relação da população com o posto, como porta de entrada para o SUS, assim como na mobilização dessa população para a relação de alguns cuidados básicos com a saúde. Um dos maiores problemas do seu trabalho é a gestão dos fluxos. Cada agente cuida de cerca de duzentas famílias (por volta de mil pessoas)²³ e deve visitar cada família no mínimo uma vez por mês. Certas categorias da população têm direito a atendimento preferencial (gestantes, crianças de até um ano de idade, hipertensos, diabéticos e portadores de doenças transmissíveis, como tuberculoses, hanseníase), o que se traduz para os agentes numa obrigação de 100% de atendimento dessas categorias (ao passo que para outros grupos valores mais baixos são tolerados). O controle dessas metas do trabalho dos agentes é feito uma vez por mês, por agente e por equipe, a partir da digitação do conteúdo dos relatórios de atividade quotidianos dos agentes no Sistema de Informação de Atenção Básica (SIAB). Uma vez por dia, cada equipe se reúne durante uma hora no posto com o seu coordenador (enfermeira e/ou médico) para discutir os casos mais complicados e passar os pedidos de exames e/ou de consultas. Durante o restante do tempo, os agentes circulam no seu território, inclusive passando nas suas próprias residências. Também são organizadas reuniões de grupo com certos tipos de pacientes (de gestantes, de amamentação, de terceira idade, de hipertensos etc.) e um médico ou uma enfermeira, que transmitem uma orientação comum, assim como incentivam a troca de experiências entre os pacientes.

No início dos anos 2000, além da obrigação de morar na área de atuação, outro critério de seleção

20 Lei n. 13.174/2002 – Conselhos gestores de saúde, promulgada por Marta Suplicy em 8 de fevereiro de 2002 instituiu os “Conselhos Gestores de Saúde nas unidades vinculadas ao SUS do Município de São Paulo, com caráter permanente e deliberativo, destinados ao planejamento, avaliação, fiscalização e controle da execução das políticas e ações de saúde, em sua área de abrangência” (Art. 1).

21 “O PSF oferece serviços de Consultas Médicas, Enfermagem e Odontológica, visitas domiciliares realizadas pelo Médico, Enfermeiro, Auxiliar de enfermagem e Agente Comunitário de Saúde, ações coletivas com grupos educativos e oficinas, procedimentos como vacinação, coleta de exames, medicação e curativos/saturas e ações de Vigilância em Saúde. Cada equipe é responsável por realizar a cobertura de uma área que corresponde ao conjunto de micro áreas – territórios onde habitam entre 400 e 750 pessoas, para o atendimento de um Agente Comunitário de Saúde – e cujo número máximo de pessoas assistidas seja de 4 mil habitantes” (Portaria 648/GM de 28/03/2006; Site: <<http://www.aps.santamarcelina.org>>, 2009).

22 Se o valor do salário dos agentes de saúde é um pouco mais do que um salário mínimo, o salário das enfermeiras é entre os melhores do mercado, assim como as suas perspectivas de carreira. Em 2008, o valor do salário mínimo dos trabalhadores de serviços de higiene e saúde era de R\$505,00.

23 Vista a rotatividade importante dos agentes, não é raro que eles tomem conta de outra microárea até a contratação efetiva de um novo agente. Outro elemento que aumenta a carga de trabalho efetivo dos agentes é o crescimento permanente das ocupações, seja nas favelas (em

para os ACS era algum tipo de atividade militante na comunidade, que passou a deixar mais espaço para o nível formal de educação (Ensino Médio completo) e que virou critério principal. Desde a Lei Federal n. 10.507/2002, que criou a profissão técnica de ACS, exige-se, formalmente, a conclusão de um curso técnico de quatrocentas horas (Lotta, 2008). No posto onde a pesquisa foi realizada, os membros da equipe do PSF são contratados pelo OS Santa Marcelina (CLT) e passaram por processo seletivo²⁴. A concorrência é grande, com exceção dos médicos, cujo recrutamento é problemático apesar do bom nível salarial. Desde o início de 2009, foi implementada uma equipe de suporte para o PSF, o Núcleo de Apoio para a Saúde Família (Nasf)²⁵, composto por uma psicóloga, uma fisioterapeuta, uma educadora física e uma fonoaudióloga, que circula entre dois postos e depende da coordenação administrativa do OS Santa Marcelina e do gerente do posto.

Essa breve análise da relação dos(as) ACS com o Estado e das transformações recentes de suas condições de trabalho mostra em que medida as situações de exercício da atividade dos(as) agentes estão sendo pautadas por essas condições de trabalho – o que chamamos de ‘atividade constrangida’. Por um lado, a simples amplitude do PSF e do domínio de atividade dos(as) agentes testemunha um forte processo de visibilização e de reconhecimento do seu trabalho, realizado anteriormente no âmbito do trabalho voluntário, promovendo uma possibilidade de inserção social e profissional para uma parte das mulheres moradoras de periferias distantes, com pouca qualificação formal e muitas vezes na condição de chefes de famílias monoparentais. A atividade pode ser considerada uma forma de extensão, ou de ‘publicização’ do seu papel privado tradicional do ‘cuidado’, no seu sentido amplo. Por outro lado, são pouco organizadas diante de uma massificação da demanda pouco delimitada. Num contexto de multiplicação dos níveis de terceirização da realização e do controle dos serviços de saúde e também da passagem de um serviço de acesso universal para um serviço orientado para certas populações-alvo, o serviço interativo que eles(as) podem coproduzir com os(as) usuários(as) é o fruto dessas injunções contraditórias. De fato, no exercício concreto de sua atividade, qual é a função efetiva

desses(as) agentes?

A produção do serviço: o papel de “mediação” dos agentes

Como mostrou um estudo em psicodinâmica do trabalho nos meios urbanos estudados (Lancman *et al.*, 2007)²⁶, uma das maiores fontes de sofrimento para os(as) agentes é o fato de depender das limitações dos equipamentos do SUS disponibilizados pelo poder público. A ausência e/ou a demora do atendimento afetam o tipo de relação dos(as) agentes com a população da qual fazem parte, já que uma de suas missões é o estabelecimento da relação entre o posto de saúde do bairro de moradia e a população, inclusive para a entrega de pedidos de exames e de consultas marcadas com especialistas (gestão dos fluxos). Os(as) agentes são o último laço da cadeia de produção dos serviços com a população, sendo por esta responsabilizados pelo funcionamento do sistema, um dos dilemas comuns de trabalhadores de serviços.

Nesse sentido, o tipo de relação entre os(as) agentes e os(as) usuários depende de sua credibilidade em termos de serviços efetivos aos quais podem dar acesso – independente de sua vontade, o que constitui uma das injunções contraditórias constitutivas de sua atividade que podem causar frustrações tanto aos(às) usuários(as) como aos(às) agentes. Um dos elementos que informa a relação com os usuários é a demora ou falta de atendimento, como se evidencia na fala de Janine, ACS:

Mesmo porque se um paciente chegar atrasado daqui dez, quinze minutos, ele deixa de ser atendido, porque a população tem que esperar um profissional que está em reunião extraordinária ou qualquer outra coisa e não vir prestar conta; olha, estamos em reunião, mais daqui a tanto tempo eu vou te atender; então eu não discordo de algumas coisas da população, e essas coisas é que desmotiva a gente, sabia? Tanto eles em... o nosso serviço, como a gente fazer o nosso serviço, eu vejo dessa forma.

O trabalho dos(as) agentes comunitários de saúde

²⁴ Na RMSP, dada a diversidade dos vínculos existentes e a dificuldade de consolidação do quadro efetivo decorrente, conforme a diretora de RH da Secretaria Municipal da Saúde, 5.197 funcionários estaduais estão colocados à disposição do município com a municipalização das Unidades Básicas (atenção básica), de um total de 49.288 funcionários. Outros 8.932 funcionários são contratados por entidades parceiras (como o OS Santa Marcelina) para as 934 equipes do PSF, e para os 28 AMA. Até o final de 2006, seriam respectivamente 965 equipes completas de PSF e 35 AMA (Kayano *et al.*, 2007, p. 24). Conforme Lima e Cockell (2008, p. 489), o número total de ACS no Brasil é, em 2008, de 221.588 agentes, trabalhando em 28.452 equipes do PSF e atendendo uma população estimada em cerca de cem milhões de brasileiros (*apud* Valadares, 2008).

²⁵ Portaria n. 154/2008: “Art. 1º Criar os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF com o objetivo de ampliar a abrangência e o escopo das ações da atenção básica, bem como sua resolubilidade, apoiando a inserção da estratégia de Saúde da Família na rede de serviços e o Processo

é em grande parte a gestão dos fluxos que atravessam a instituição, no caso o posto, e seu encaminhamento (direcionamento) para as entidades apropriadas ao caso do usuário, assim como uma função da disponibilidade do próprio dispositivo (estado de funcionamento e fila de espera particularmente). A seleção dos casos prioritários entre os usuários é uma atividade-chave do processo de trabalho realizado no posto de saúde pelo conjunto dos(as) profissionais. Nessa atividade, durante as reuniões quotidianas de equipe, a tarefa dos(as) agentes é muito importante, pois a maneira de dar conta das visitas realizadas no domicílio dos moradores para os demais profissionais da equipe e do NASF (psicólogo(a) etc.) vai influenciar muito o tipo de tratamento da ‘demanda’ (e a sua definição). Ainda o depoimento de Janine:

Estabelecer as prioridades, por isso que a gente leva muito em consideração as reuniões de equipe, porque na reunião de equipe que a gente esclarece tudo, e vê para onde direcionar, a gente pede a experiência de uma colega que passou por isso que é parecido com o que você tá passando, e a gente já sabe para onde lotear, mas os problemas não são diferentes. O que eu tô vivendo hoje a outra já viveu ontem e a outra vai viver amanhã e são sempre as mesmas coisas, uma serve de experiência para a outra para cada um definir, porque cada um tem um olhar, eu tenho um olhar e a enfermeira já vê com outro, o profissional médico já vê com outro. Por isso que é importante estar todo mundo e estarem comentando tudo junto, que é para tentar bolar uma estratégia para tentar resolver.

De modo independente, antes ou após essas reuniões, que de fato ligam o mundo externo ao mundo interno do posto, os(as) agentes também estabelecem entre si categorias de avaliação dos usuários e de suas necessidades, muitas vezes muito próximas dos problemas dos(as) próprios(as) agentes²⁷.

Ao mesmo tempo, o conteúdo do serviço coproduzido com o usuário depende também da forma como os(as) agentes interagem com a instituição, de sua própria relação com o cuidado para com a saúde, especialmente na produção de um serviço preventivo de saúde, podendo variar de uma atitude participativa para uma postura mais passiva, de “deixar correr”.

Ela [uma paciente, tia de uma adolescente que está sendo seguida pelo posto] sempre foi orientada, ela sempre passa em consulta, é bem participativa, então é visita de rotina mesmo.[...] Muitas das coisas eles [os pacientes] não fazem, mas não é por falta de informação, é porque

eles querem as coisas fácil e colocam empecilho nas coisas, mas eles estão bem informados porque o posto serve, o hospital serve, para onde vai ser encaminhado, pra ser encaminhado, eles sabem. (Janine)

Além desses três elementos – a disponibilidade efetiva dos serviços, as formas de mediação e de negociação dos(as) agentes do nível de prioridade da ‘demanda’ e o tipo de mobilização dos usuários –, a forma da divisão do trabalho depende também das representações dos(as) usuários(as) do serviço público e do Estado, de uma maneira geral, mediada, no caso, pela atuação do(a) seu(sua) agente. Assim, mesmo se o estatuto de agente lhes permite destacarem-se da população do seu entorno, ao mesmo tempo essa afiliação pode induzir à desconfiança, na medida em que ‘o Estado’ é suspeito de alimentar relações clientelistas.

Ainda que considerado de acesso universal, o uso do SUS é mais complexo do que aparenta, devido à heterogeneidade interna do sistema de saúde e, notadamente, entre o setor privado e público. Num contexto marcado pela comercialização dos serviços de saúde, tende a se estabelecer uma hierarquização entre os diferentes tipos de serviço²⁸. Durante as visitas domiciliares realizadas em comum com os(as) agentes, os casos de ‘conversões’ de usuários são objeto de comentários recorrentes. Trata-se de pessoas que não queriam se cadastrar no posto de saúde, nem receber o(a) agente na sua casa, e preferiam o acompanhamento médico mediante um plano privado de saúde e que mudaram de atitude por algum motivo (necessidade, mudança da postura pessoal etc.).

Para os(as) agentes, a negociação com os(as) usuários(as) da representação do serviço público é muito ligada ao valor que os usuários lhe atribuem pessoalmente – sua credibilidade pessoal, em negociação permanente. Além de sua capacidade de mediação, esse *status* decorre, também, do uso da informação que os(as) agentes demonstram. Como estes(as) acabam sabendo mais ou menos tudo o que acontece no bairro – da gravidez de adolescentes, passando pelos casos de infidelidade conjugal, de violência doméstica, de relações homossexuais, sem falar de práticas ilícitas ou de intenções de voto –, cria-se uma situação que faz com que, por um lado, os(as) agentes tenham que comprovar o seu ‘profissionalismo’, distanciando-se da população quando for necessário, e, por outro, de se aproximar e tornar-se solidário, solicitando informações ‘íntimas’ e familiares. Mostrar ‘jogo de cintura’ quanto ao uso dessas informações e a capacidade de guardar um segredo é uma das dimensões dos saberes tácitos dos(as) agentes, que influi sobre o estatuto que os(as) usuários(as) podem lhe atribuir.

²⁷ A construção dessas categorias de avaliação é em recomposição permanente e conforme as situações e os membros da interação, e mereceria um estudo à parte; o surgimento de categorias religiosas não é raro nessas trocas.

²⁸ O atendimento prestado por esses serviços comerciais de saúde é considerado ‘melhor’ do que o SUS, especialmente em termos de tempo

A história social, de vida e de ‘bairro’ compartilhada dessas mulheres – tanto das ‘leigas’ (as usuárias) como das ‘profissionais’ (Janine e Ana, que também são usuárias), cujos destinos de ‘mães provedoras’, tanto no aspecto econômico, como no ‘moral’, são emblemáticos de uma parte significativa das moradoras das periferias brasileiras nos últimos quarenta anos (Zaluar, 1993) – indica que a realização do seu trabalho requer, continuamente, um distanciamento de si, no sentido de tentar avaliar a complexidade da situação em jogo e as consequências dos posicionamentos respectivos tanto para a sua vida ‘privada’ como ‘pública’.

A transgressão das fronteiras: a produção de legitimidade

O que ‘está em jogo’ na relação entre esses(as) agentes do Estado e os(as) usuários(as) não é unicamente a legitimidade dos(as) agentes frente a essas duas pessoas – à geografia variável. De fato, essa relação é atravessada por outras instâncias locais de regulação, que dispõem de sua própria legitimidade (Rizek; Georges, 2008), e a capacidade dos(as) agentes de ‘mediar’ entre essas diversas instâncias. A fala de um gerente de uma cooperativa local – cujo presidente é um traficante reconhecido – que se apropriou da noção de “empreendedorismo popular” (Machado da Silva, 2002) para reivindicar publicamente o seu papel de criação de emprego e renda – mesmo em condições precárias e para seu enriquecimento próprio – testemunha a ambição desse ‘poder paralelo’: “Infelizmente, aqui, é por isso que a gente fala que nós somos o poder público dentro da Cidade Tiradentes. Por quê? O subprefeito aqui, ele diz que nós queremos ser um poder paralelo. Não, poder paralelo é você, porque você entrou agora”. Conhecido reduto de domínio da organização criminosa Primeiro Comando da Capital (PCC), a Cidade Tiradentes presenciou, entretanto, o decréscimo do número de ocorrências de homicídio nos dez últimos anos, o que foi propalado como um dos ‘avanços sociais’ igualmente reivindicados por esses atores em busca de legitimidade.

A atividade dos(as) agentes de saúde articula-se com essas diversas instâncias de forma permanente e já por algum tempo, mesmo que as formas de interação tenham mudado ao longo do tempo. Assim, uma agente, questionada sobre as mudanças recentes mais significativas das condições de trabalho, relata o fato de não mais servir de agente de informação para o tráfico, isto é, como encarregado de ‘chamar à ordem’ a população, solicitando que as pessoas colaborem com os traficantes,

não os denunciando em caso da presença da polícia. Os(as) criminosos e contraventores também fazem parte da população atendida, o que significa que têm direito ao mesmo tratamento ‘discricionário’ dos outros moradores. Um dos ‘chefões locais’ procura, por exemplo, atendimento médico para tratar as suas ‘visões’. Ao mesmo tempo, trata-se de uma instância de regulação de conflitos locais mais ‘eficiente’ do que o poder público, por exemplo, para ‘punir’ os autores de um estupro de uma menor, cujos pais não foram atendidos pela delegacia da mulher de forma apropriada, e que foram abordados ao sair do posto de saúde, como relata a gerente. Uma das agentes – ex-esposa de ‘bandido’ – segundo a qual “você pode ser bandido, mas educado”, relata que chamou os donos da “boca” que se localiza atrás de sua casa, para intervir num caso de violência doméstica que a impediu de dormir: “Eles o colocaram para correr [o marido da vítima], senão ele a teria matado. [...] Ele [o marido] não pode mais voltar para casa. Vi ela na rua outra dia, estava toda contente”. Aliás, as agentes estão todas de acordo em um ponto: “Você não pode chamar a polícia, senão está morto”. A mesma agente comentou, quando cruzamos na rua com um grupo de mulheres, esposas de traficantes locais, que “essas mulheres” são uma “cliente-la” difícil, por “se acharem” e exigirem um tratamento diferenciado. Afirma que, para se “livrar” delas e colocá-las na fila de espera em seu devido lugar, conversa com os seus maridos, não conversa com elas.

De fato, a execução do trabalho dos(das) agentes necessita da (re)definição permanente das categorias ‘do bem’ ou ‘do mal’, cujas fronteiras são móveis e atravessam as oposições duais levantadas inicialmente. A categoria de ‘bandido’ pode ilustrar esse jogo permanente de construção dos valores atribuídos aos indivíduos e às suas ações, como das categorias de ação que decorrem desse jogo²⁹. De uma forma geral, eles são figuras locais que inspiram tanto respeito como medo, e ocupam um papel central na vida do bairro. Embora em alguns casos as mulheres possam constituir simples peças no jogo de poder entre esses homens (Zaluar, 1993), por outro lado os homens constituem objeto de avaliação permanente por parte das mulheres. Em muitos casos, eles ficam com mais de uma mulher ao mesmo tempo, e são objeto de admiração e inveja, especialmente por parte das mais novas. Conforme uma das agentes e de sua filha adulta, “todas as meninas querem namorar traficante... eles têm o seu harém, e elas acham isso o máximo, para ser alguém”. A filha também já namorou traficante – e desenvolveu dependência química –, ainda que sua mãe diga que “traficante não entra aqui”. Ao mesmo tempo, elas contam que a irmã do namorado atual da filha, com o qual já tem duas filhas, está grávida e se escondeu do pai da criança, logo após constatar a gravidez, porque o pai a quis matar, porque não

queria ter filho. Elas o consideram má pessoa: “É matador mesmo, é ruim”. O que transparece nessa discussão entre familiares é a ambiguidade da categoria de ‘bandido’ e de seu sentido situacional.

No contexto do trabalho dos(das) agentes, qual o sentido da ‘mediação’? De fato, o envolvimento de algum membro da família ou do grupo familiar, de alguma forma, no tráfico, com traficante e/ou com alguma outra atividade considerada pelo menos em parte ilegal, é muito comum e irrelevante para definir a sua percepção por parte dos seus familiares e/ou moradores do mesmo bairro. Como revela esse pequeno conjunto de sequências de observação a respeito da categoria de ‘bandido’, o valor moral atribuído ao indivíduo depende muito mais do seu respeito a suas obrigações familiares, como assumir o papel de pai, pelo menos materialmente, e ser capaz de controlar os outros membros do grupo familiar quanto ao respeito das regras da vida comunitária (como respeitar o seu lugar na fila de espera para ser atendida no posto de saúde), do que do seu envolvimento com ‘o crime’. Revela, também, pelo menos parcialmente, a sobrevivência de valores patriarcais autoritários tradicionais nesse universo, se bem que ‘mediados’ em grande parte por mulheres que assumem vários papéis sexuais e sociais simultaneamente. A transgressão das definições iniciais de categorias e das fronteiras dos códigos morais constitui, contudo, um dos elementos essenciais da atividade de ‘mediação’ dos agentes e contribui de forma permanente para a produção e a reprodução da legitimidade dessas diversas lógicas, ao mesmo tempo em que possibilita a sua coexistência.

Conclusão

De forma geral, evidencia-se primeiramente uma forte imbricação e interdependência da relação dos(as) agentes com o Estado, e de sua relação com os(as) usuários(as). O serviço de saúde coproduzido com os(as) usuários(as) situa-se no cruzamento dessas duas relações interdependentes. Por um lado, no que diz respeito à relação dos(as) agentes com o Estado, emerge a “funcionalização da pobreza” (Oliveira, 2006), no sentido da instrumentalização da falta de escolha das populações “em situação de vulnerabilidade social” da qual fazem parte os(as) agentes. Mais especificamente, o Estado beneficia-

-se pelo uso ‘discricionário’ dos saberes tácitos e relacionais desses e dessas agentes, por meio da multiplicação da diversificação dos tipos de contratos de trabalho e da precarização das condições de trabalho e de emprego dessas populações. Ao mesmo tempo, o aumento do assalariamento de populações em territórios carentes de trabalho, emprego e da presença do poder público – no sentido de regulamentação política (Georges; Rizek, 2008) – e especialmente de mulheres, muitas vezes numa dinâmica de autonomia em relação ao modelo patriarcal, representam, em certa medida, uma ampliação dos horizontes de suas perspectivas de inserção social, econômica e política. Nesse sentido, essas atividades ampliam o leque de novas ocupações ‘sociais’, como o trabalho associativo³⁰ em ONGs, cooperativas etc., situadas entre as esferas pública e privada, que formam um conjunto de novas oportunidades de trabalho feminino.

Por outro lado, no que tange à relação dos(as) agentes com os(as) usuários, esta decorre, de certo modo, da relação entre os(as) agentes e o Estado. Nessa perspectiva, a reconfiguração do papel do Estado coloca os(as) agentes numa situação em que, de fato, o seu trabalho consiste preponderantemente na transferência da responsabilidade do Estado pelo bem comum para o indivíduo, e de sua competência para seu bem-estar físico e psíquico. Dessa forma, eles(as) ampliam a parte do processo de produção do serviço realizado pelos(as) próprios(as) usuários(as). Assim, os(as) agentes atuam, em última instância, como atores e atoradas de privatização dos serviços de saúde do Estado, a despeito de sua missão inicial de levantar as necessidades da população, e de transmiti-las para o Estado – uma das injunções contraditórias referentes à atividade dos(das) agentes.

Todavia, além das injunções contraditórias que decorrem de escassez e da complexidade do acesso aos serviços de saúde pública, a análise mostrou a existência de um conjunto de outros atores e instâncias de poder³¹ que ocupam o espaço público deixado pelo Estado no contexto da transformação do seu papel. Nesse sentido, os(as) agentes – que são uma figura pública da mesma forma do que os traficantes ou os ‘irmãos’ – realizam um trabalho de tradução entre diversas lógicas paralelas. Direta ou indiretamente, para poder exercer suas atividades, eles(as) contribuem para a legitimação da ação dessas instâncias, e, nesse sentido, para a ampliação de um “mercado de relações”³². Contudo, desempenham um papel político de mediação entre participação e controle cujo sentido varia ao longo do tempo, conforme as pessoas, situações e contextos locais.

30 No âmbito desse projeto, Ferreira (2008) estudou especialmente o papel das mulheres no trabalho associativo.

31 Neste texto, desenvolvemos parcialmente, além das relações com o Estado, as formas de interação dos(as) agentes com a atividade do tráfico. Outra instância importante, que não foi tratada aqui, é o papel das diversas instituições religiosas.

32 Conforme Misse (1997), definimos como mercadoria política “toda a mercadoria que combine custos e recursos políticos (expropriados ou não do Estado) para produzir um valor-de-troca político ou econômico”. Misse demonstra que houve um primeiro patamar de legitimidade advindo desses procedimentos identificados como mercadorias políticas que se constituiu, historicamente, a partir do jogo do bicho, sendo posteriormente transferido para as relações permeadas pelo narcotráfico. A passagem do dinheiro sujo para o dinheiro parcialmente limpo do jogo do bicho – e

Referências

- ALMEIDA, Ronaldo; D'ANDREA, Tiaraju, DE LUC-CA, Daniel. Situações periféricas: etnografias comparadas de pobreza urbanas. *Novos Estudos*, v. 82, p. 109-130, 2008.
- ARAUJO, Lindemberg Medeiros de. *Da prática médica à práxis médica: possibilidades de estratégia Saúde na Família*. Tese (Doutorado) – PPGS/UFBP, João Pessoa, 2007.
- BRUSCHINI, Cristina; RICOLDI, Arlene Martinez; MERCADO, C. M. Trabalho e gênero no Brasil até 2005: uma comparação regional. In: Costa, A. O. et al. (Orgs.). *Mercado de trabalho e gênero: comparações internacionais*. Rio de Janeiro: Ed. da FGV, 2008. p.15-34.
- CABANES, Robert; GEORGES, Isabel (Orgs.). *São Paulo, la ville d'en bas*. Paris: l'Harmattan, 2009.
- DAS, Veena; POOLE, Deborah. *El Estado y sus márgens: etnografias comparadas*. Buenos Aires: Paidós, 2002.
- DAGNINO, Evelina; OLVERA, Alberto J.; PANFICHI, Aldo. *A disputa pela construção democrática na América latina*. São Paulo: Paz e Terra, 2006.
- FELTRAN, Gabriel de Santis. A fronteira do direito: política e violência na periferia de São Paulo. In: DAGNINO, Evelina ; TATAGIBA, Luciana. *Democracia, sociedade civil e participação*. Chapeco: Argos, 2007. p. 537-565.
- FELTRAN, Gabriel de Santis. Travailleurs et bandits dans la même famille: manières de dire et signification politique. In: CABANES, Robert; GEORGES, Isabel. *São Paulo, La ville d'en bas*. Paris: Ed. l'Harmattan, 2009. p. 359-377.
- FELTRAN, Gabriel de Santis. Margens da política, fronteiras da violência: uma ação coletiva das periferias de São Paulo. *Lua Nova*, n. 79, p. 201-233, 2010.
- FELTRAN, Gabriel de Santis. *Fronteiras de tensão: um estudo sobre política e violência nas periferias de São Paulo*. Tese (Doutorado em Ciências Sociais) – Universidade Estadual de Campinas, 2008.
- FERREIRA, Silvia Carla Miranda. *Os atores do trabalho associativo: continuidades e descontinuidades da ação social. Relatório final de pesquisa*. São Paulo: Fapesp, 2008.
- GADREY, Jean. Les relations de service et l'analyse du travail des agents. *Sociologie du travail*, n. 3/94, p. 381-389, 1994.
- GEORGES, Isabel; RIZEK, Cibele S. A periferia do direito: trabalho, precariedade e políticas públicas. In: XXXII Encontro Anual ANPOCS, Comunicação, 2008. *Anais...*, Caxambú, 2008.
- GEORGES, Isabel; LEITE, Marcia de Paula, *Economia solidária e as novas configurações do trabalho*. São Paulo: Annablume, 2011.
- HUGHES, Everett C. Studying the nurses work. *American Journal of Nursing*. v. 51, p. 294-295, mayo 1951.
- HUGHES, Everett C. *The sociological eye: selected papers*. Chicago: Aldine, 1971.
- HARVEY, David. *A Condição pós-moderna*. São Paulo: Loyola, 1993.
- tituto Pólis. *Série Observatório dos direitos dos cidadão, Acompanhamento e análise de políticas públicas na cidade de São Paulo*, n. 29, São Paulo, 2007.
- KREIN, José Daria. Tendências recentes nas relações de emprego no Brasil: 1990-2005. Campinas, 2007. Tese (Doutorado em Economia Social e do Trabalho) – Unicamp, Instituto de Economia, 2007.
- LANCMAN, Selma; et al. Un agent de santé communautaire: un travail où l'on s'expose. *Travailler*, n. 17, p. 97-124, 2007.
- LIEPITZ, Alain. *Audácia: uma alternativa para o século XXI*. São Paulo: Nobel, 1991.
- LIMA, Jacob Carlos; COCKELL, Fernanda Flávia. As novas institucionalidades do trabalho no setor público: os agentes comunitários de saúde. *Trabalho, Educação, Saúde*, V. 6, n. 3, p. 481-501, 2008.
- LIMA, Jacob Carlos; MOURA, Maria do Carmos. Trabalho atípico e capital social: os Agentes Comunitários de Saúde na Paraíba. *Sociedade e Estado*, v. 20, n. 1, p. 103-133, 2005.
- LIPSKY, Michael. *Street-level bureaucrats: dilemmas of the individual in public services*. New York: Russell Sage Foundation, 1980.
- LOTTA, Gabriela Spanghiera. *Implementação de políticas públicas: o impacto dos fatores relacionais e organizacionais sobre a atuação dos Burocratas de Nível de Rua no Programa Saúde da Família*. Tese (Doutorado de Ciência política) – USP, 2010.
- LOTTA, Gabriela Spanghiera. *Agentes de implementação: um olhar para as políticas públicas*. In: VI ENCONTRO DA ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE CIÊNCIA POLÍTICA, Comunicação, Campinas, 27 de julho-1º de agosto de 2008.
- MISSE, Michel. As ligações perigosas: mercado informal ilegal, narcotráfico e violência no Rio. *Contemporaneidade e Educação*, v. 1, n. 2, p. 93-116, 1997.
- MISSE, Michel. Crime, sujeito e sujeição criminal: aspectos de uma contribuição anítica sobre a categoria “bandido”. *Lua Nova*, nº 79, 2010, pp. 15-38.
- MOLINIER Pascale ; LAUGIER, Sandra; PAPERMAN, Patrícia. *Qu'est-ce que le care?* Paris: Payot et Rivages. 2009.
- NOGUEIRA, Roberto Passos. Estabilidade e flexibilidade: tensão de base nas novas políticas de recursos humanos em saúde. *Divulgação em Saúde para Debates*, n. 14, 1996, p. 18-22.
- NOGUEIRA, Roberto Passos. *Política de recursos humanos para a saúde: questões na área da gestão e regulação do trabalho*. In: SEMINÁRIO POLÍTICA DE RECURSOS HUMANOS PARA A SAÚDE; QUESTÕES NA ÁREA DA GESTÃO E REGULAÇÃO DO TRABALHO, Relatório final, 1999.
- OLIVEIRA, Francisco de. *A tarefa da crítica*. 1. ed. Belo

ção entre trabalhadores do serviço público da saúde e previdência social no Brasil e em Pernambuco. In: XXXII ENCONTRO ANUAL ANPOCS, Comunicação, Caxambú, 2008.

ROCHA, Silvio Luis Ferreira da. *Terceiro setor*: temas de direito administrativo. São Paulo: Malheiros, 2003.

SILVA, Luis Antônio Machado da. Da informalidade a empregabilidade: reorganizando a dominação no mundo do trabalho. *Caderno CRH*: Revista do Centro de Recursos Humanos da UFBa, Salvador, n. 37, p. 81-109. jul/dez 2002.

SOUZA, Mônica V. De. *Transformações recentes no Extremo Leste de São Paulo*: Itaim Paulista e Cidade Tiradentes. Texto (Qualificação de Doutorado) – Programa de Pós Graduação em Arquitetura e Urbanismo da Escola de Engenharia de São Carlos – USP, São Carlos, 2007.

VALADARES, Carolina. *Indicadores são melhores onde há Saúde na Família*. Agência Saúde, Brasil, 2008.

ZALUAR, Alba. *Femme de bandit: chronique d'une cité moins musicale*. *Cahiers du Brésil contemporain*, n. 22, p. 5-17, 1993.

Between participation and control: community health agents in the Metropolitan Region of São Paulo

Abstract

This article's proposition is to discuss the social function of community health agents (CHA) in the production of urban public health service, within the situated action perspective. The service, which is co-produced with its users, is analyzed as a result of the triangular relation between the State, its agents and the amount of users, which the latter is part of (living in the same “micro-area” is a criteria to the selection). On the one hand, this category of “subaltern” social workers, in charge of the development of the Family Health Program (PSF), descends from the popular movements of the 1980s (National Health Movement). On the other hand, its daily activity is guided by the neoliberal politics and the internal reform of the State of the 1990s, and the appearance of other local actors and levels of local regulation that have occupied the space left by the State. In this ambiguous context, this article proposes an initial systemization of these contradictory injunctions, and discusses the “mediator” role assumed by the health agents.

Keywords: democratization; precarious work; public policies; women's work; urban ethnography.

Entre la participación y el control: los trabajadores comunitarios de salud en la región metropolitana de São Paulo

Resumen

Este artículo versa sobre la función social de los agentes comunitarios de salud social (ACS) en la producción de un servicio de salud público urbano, desde la perspectiva de la acción situada. El servicio, se coproduce con sus usuarios, y se analiza como el resultado de la relación triangular entre el Estado, sus agentes y usuarios, incluso los trabajadores de salud (los que tienen que compartir el territorio con la población beneficiaria). Este grupo profesional de «subalternos» está conformado por trabajadores de atención social, que son los responsables por la realización del Programa Nacional de Salud de la Familia (PSF), y descende directamente de los movimientos populares de la década de 1980 (Movimiento Nacional de Salud). Su actividad actual le conduce a las consecuencias de la política neo-liberal y la reforma interna del Estado en la década de 1990, así como a otros actores locales [niveles de regulación] que ocupan el espacio vacío dejado por el Estado. El objetivo de este artículo es presentar una sistematización inicial de éstas medidas cautelares contradictorias y discutir el papel de «mediador» asumidos por los agentes de salud.

Palabras clave: Democratización; trabajo precario; políticas públicas; trabajo femenino; etnografía urbana.

Data de recebimento do artigo: 28-11-2010

Data de aprovação do artigo: 01-02-2011