

# INCLUSÃO, EXCLUSÃO E (RE)PRODUÇÃO DE DESIGUALDADES: O PAPEL DAS PRÁTICAS, INTERAÇÕES E JULGAMENTOS DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE NA IMPLEMENTAÇÃO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS

Gabriela Spanghero Lotta<sup>1</sup>

## 1 INTRODUÇÃO

Historicamente, a literatura de implementação de políticas tem mostrado o papel dos burocratas de nível de rua em processos de inclusão e exclusão considerando que eles tomam decisões alocativas durante as interações com os usuários (Lipsky, 2010). Nos últimos anos, novas pesquisas estão aprofundando este argumento demonstrando como, nas decisões alocativas, operam sistemas de julgamento e classificação, que determinam quais usuários merecem ou não as políticas e os efeitos incluídos e excluídos deste processo (Dubois, 2010; Maynard-Moody e Musheno, 2012). Isso é muito importante em áreas com altos índices de pobreza e desigualdades, como é a realidade do Brasil, em que as decisões sobre merecimento podem se converter em mais inclusão ou exclusão.

Uma das políticas brasileiras desenhadas para enfrentar as desigualdades e promover o acesso universal à saúde é a Estratégia de Saúde da Família (ESF),<sup>2</sup> que tem uma base territorial e visa proporcionar saúde dentro das casas dos usuários, aproximando as políticas de saúde das realidades sociais. A política é executada por equipes multiprofissionais formadas por médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde (ACS). O ACS é selecionado dentro da comunidade em que deverá executar seus trabalhos e torna-se responsável por cuidar da saúde de cerca de duzentas famílias que vivem sob sua área de responsabilidade. Por morar na mesma comunidade das famílias atendidas, o ACS representa um modelo de ator híbrido – servidor público e, ao mesmo tempo, membro da comunidade –, o qual remonta a diversas experiências internacionais de saúde comunitária (como os *barefoot doctors* na China, os médicos da família na Europa e os agentes comunitários de saúde em vários países africanos e asiáticos). O modelo justifica-se por uma tentativa de aproximar as políticas de saúde ao cotidiano dos usuários, entendendo que o acesso à saúde é influenciado e determinado pelas dinâmicas cotidianas e pelas condições socioeconômicas vivenciadas pelos usuários. Assim, como resultado desta natureza híbrida – servidor público e morador da comunidade –, a literatura de saúde e de políticas públicas tem apontado o potencial de mediador que os ACS assumem na relação entre os usuários da política e os demais profissionais da equipe.

Nesta pesquisa, selecionamos analisar os ACS entendendo que são os atores centrais da implementação da ESF e que atuam como mediadores principais entre os usuários e o Estado, tendo sua atuação afetada por dimensões institucionais, relacionais e de trajetórias pessoais (Lotta, 2015), de forma que são capazes de construir ações mais imbricadas entre Estado e sociedade, dependendo do seu perfil relacional específico, que lhes permite exercer essa interação durante os processos de

---

1. Professora do bacharelado de políticas públicas e do Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas da Universidade Federal do ABC (UFABC).

2. Política prioritária de atenção básica à saúde no Sistema Único de Saúde (SUS), regulamentada pela Portaria nº 648/GM, de 28 de março de 2006.

implementação. Entretanto, os processos de interação que estabelecem com os usuários não são neutros ou desprovidos de valores. Pelo contrário, são permeados de visões de mundo e percepções sobre demandas e merecimentos que influenciam a maneira como interagem com os usuários e fazem seus encaminhamentos. Considerando, portanto, o potencial que as interações entre ACS e usuários têm sobre os resultados das políticas, sobre ampliação de acesso aos serviços, sobre a mediação e a aproximação Estado-sociedade e sobre os encaminhamentos, esta nota busca analisar se e como a atuação dos ACS interfere na redução ou na reprodução das desigualdades com base em sua discricionariedade, seus julgamentos e suas classificações.

Em termos metodológicos, a pesquisa baseia-se nos dados coletados em diferentes pesquisas de campo realizadas entre os anos de 2006 e 2010 e posteriormente em 2016. Foram realizadas diferentes formas de coletas de dados. A primeira delas foi o acompanhamento etnográfico de 24 ACS presentes em três diferentes municípios.<sup>3</sup> A partir da etnografia, levantamos as práticas e os mecanismos de interação estabelecidas pelos agentes comunitários em seu cotidiano de atuação para implementar as políticas públicas de saúde. A segunda forma de coleta baseou-se em entrevistas com cerca de oitenta ACS da cidade de São Paulo. Nessas entrevistas, buscamos compreender as práticas de atuação e formas de classificação e julgamento estabelecidas por eles em seu cotidiano. A análise desses materiais empíricos permite-nos observar como os ACS constroem seu cotidiano de atuação e como, na interação com os usuários, realizam processos de classificação e julgamento que se concretizam em encaminhamentos distintos e têm potenciais impactos sobre a (re)produção das desigualdades.

## 2 APORTES TEÓRICOS

A pesquisa está situada no campo de estudos de implementação e análise da atuação dos burocratas de nível de rua. Esta literatura tem sua origem nos anos 1980 e, desde então, tem buscado aprofundar na compreensão de: qual o espaço para exercício da discricionariedade dos burocratas de nível de rua; que fatores afetam este exercício; que decisões são tomadas pelos burocratas; e quais os resultados dessas decisões para a implementação das políticas. Nessa perspectiva, a temática das desigualdades é analisada a partir dos resultados das decisões discricionárias que os burocratas tomam. A ideia é que o uso da discricionariedade pode ter efeitos distributivos que geram desigualdade de acesso, tratamento e atenção, que, por sua vez, podem contribuir para a reprodução de desigualdades existentes. Isso significa que a desigualdade social é resultado potencial ou efeito distributivo do processo decisório realizado pelo burocrata.

O principal limite desta abordagem é que incorpora as desigualdades sociais apenas como um resultado potencial da implementação, não considerando que elas podem ser um elemento constitutivo e intrínseco ao próprio processo de implementação e que se materializa na interação entre usuários e burocratas.

Assim, como uma crítica a esta abordagem, estudos mais recentes têm buscado reposicionar o olhar para as desigualdades, considerando que elas são não apenas resultado potencial, mas também um fator que influencia as decisões e os comportamentos dos burocratas e dos usuários. Considera-se que o uso da discricionariedade é guiado por valores, normas e elementos culturais derivados dos pertencimentos dos atores. E, no processo de implementação, os burocratas definem identidades e fazem julgamentos

3. Mais detalhes sobre a metodologia empregada na pesquisa estão disponíveis em Lotta (2015).

dos usuários, discriminando os que são merecedores ou não das políticas. Assim, a discricionariedade é um processo moral que classifica identidades e acaba por definir o que é certo ou errado e quem pode receber o quê (Maynard-Moody e Musheno, 2003; 2012).

Além disso, estas abordagens também trazem luz ao momento de interação entre usuários e burocratas, demonstrando como aparecem ali as desigualdades prévias e intrínsecas a esta relação. As interações ocorrem em contextos de desigualdades prévias em que há assimetrias inevitáveis, nas quais os usuários dependem de decisões tomadas pelos burocratas. Estes, por sua vez, precisam alocar as demandas reais trazidas pelos usuários em categorias previamente propostas pelas políticas. O resultado é um processo de alocação e categorização que muitas vezes reforça certas desigualdades ou estimas sociais e que podem contribuir para a perpetuação da exclusão social.

Essa lógica de compreender a implementação como um processo interativo, no qual operam múltiplas relações e improvisações, influenciadas pela agência e pelas formas de julgamento normativo operadas pelos burocratas de nível de rua, é a base teórica da pesquisa. E consideraremos, portanto, que estas interações e processos de julgamento podem determinar o acesso aos serviços de saúde e os resultados das políticas em termos de redução ou (re)produção das desigualdades.

### 3 AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE COMO MEDIADORES

A partir de acompanhamento etnográfico e análise de redes sociais de 24 ACS, buscamos levantar as diferentes práticas por eles realizadas e as formas de interação que estabelecem com os usuários do serviço. As práticas são as ações concretas desempenhadas pelos ACS, como, por exemplo: realização de diagnóstico, verificação de aspectos relacionados ao saneamento, ajuda na organização da casa etc. As interações são mecanismos comunicacionais utilizados pelos ACS para interagirem com as famílias, como, por exemplo, a tradução, a triangulação, o uso de referências da comunidade, o estabelecimento de reciprocidade etc. A categorização e a análise das práticas e estilos de interação permitiu-nos concluir que, enquanto práticas são altamente influenciadas por decisões institucionais (como gestão, controle, capacitação etc.), a interação é altamente determinada pelo perfil relacional e de trajetória pessoal dos ACS. Ao mesmo tempo, demonstramos que, embora as práticas tenham grande variação, elas têm menos efeitos em termos de inclusão e exclusão. Contudo, mecanismos de interação podem gerar inclusão e exclusão, na medida em que têm altos efeitos alocativos, a depender de como os ACS estabelecem processos interativos com os usuários.

No cotidiano de implementação, os ACS interagem utilizando diferentes mecanismos que permitem a eles demonstrar, determinar e demarcar como se dá a interação e, a partir dela, como a política pública será implementada. Um exemplo de uso de mecanismos que incorpora diferentes linguagens, promove tradução e busca incluir o saber do usuário na implementação é demonstrado pela situação a seguir.

Uma moradora pede ajuda para a ACS para entender a receita médica, já que não sabe ler e não sabe como tomar o medicamento. A ACS lê a receita e explica: “tu tá vendo esse remédio laranja? Ele lembra suco que a gente toma de manhã, então tu toma esse laranja todas as manhãs e esses dois remédios brancos tu toma com leite, que também é branco, na hora de dormir”.

A habilidade de usar mecanismos que promovam mais inclusão não é, no entanto, natural. Ela depende de perfis e conhecimentos específicos que apenas determinados ACS possuem.

Assim, burocratas com amplo envolvimento em redes locais e trajetórias comunitárias, que possuem histórico de vínculos com as comunidades locais, tomam decisões alocativas mais incluídas e mais capazes de conectar as políticas oficiais às realidades dos usuários.

A partir da utilização de mecanismos de interação, como tradução, triangulação, usos de referências, entre outros, os ACS geram conexões mais profundas entre o Estado e a sociedade, na medida em que determinam a elegibilidade dos cidadãos para acessarem os benefícios ou receberem sanções a partir do conhecimento mais imbricado das diferentes demandas e necessidades. Materializam, portanto, a mediação das relações cotidianas entre Estado e sociedade, podendo interferir nos processos alocativos e nos tratamentos (des)iguais promovidos pelo Estado aos cidadãos.

#### 4 AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE COMO JULGADORES, CLASSIFICADORES E CONSTRUTORES DE MERECIMENTO

As análises preliminares de oitenta entrevistas com ACS demonstram que eles operam a política com dois sistemas de categorização. O primeiro diz respeito às categorias oficiais das políticas de saúde (gênero, faixa etária e tipo de doença ou agravo). No entanto, esse sistema classificatório não é responsável pelas segmentações que impactam merecimento e desigualdade de acesso.

O segundo sistema classificatório que aparece, e tem alto impacto incluído ou excluído, está relacionado à ideia de haver usuários aderentes ou resistentes aos serviços. Os aderentes são pacientes fáceis de serem acompanhados; os resistentes são pacientes difíceis porque não seguem as recomendações dadas. Isso se reforça quando os ACS relatam histórias de sucesso ou fracasso. Ali há basicamente dois elementos: um que diz respeito às condições de saúde (há fracasso quando a doença não tem solução e sucesso quando ela tem tratamento); e outro a respeito das capacidades (ou incapacidades) de os ACS fazerem os usuários saírem da posição de resistentes para aderirem ao serviço (sucesso quando conseguem adesão, fracasso quando não conseguem).

Nesses sistemas classificatórios, que dividem pacientes entre aderentes e resistentes, estão embutidas três formas de justificação que trazem categorias valorativas e de julgamento: a moral (relacionada a julgamentos baseados na expectativa de adequação ao comportamento), a social (que se refere à situação social, posição de classe ou pertencimento a grupo étnico-cultural) e a patológica (relacionada a classificações baseadas na condição de saúde). Esses três tipos de enquadramento suportam a justificação dos ACS para julgar os usuários como aderentes ou resistentes, e elas determinam a qualidade e a quantidade do acesso aos serviços.

Os sistemas classificatórios, de julgamento normativo e suas justificações e valorações demonstram que, na operação cotidiana da ação dos ACS, são embutidos elementos de segmentação dos usuários que não são típicos dos sistemas classificatórios oficiais da saúde. Eles têm a ver com percepções construídas tanto a partir da expectativa que possuem sobre sua profissão quanto a partir de elementos de fora do mundo do trabalho, mas que ali se reproduzem – em geral baseados no senso comum e em preconceitos e na determinação do que acham certo ou errado. Os sistemas classificatórios têm implicações diretas nos tipos de encaminhamentos dados aos usuários e na forma de atendimento de suas demandas, que são construídas a partir de como são classificados cada um dos casos. Assim, casos com os mesmos problemas clínicos podem ter direcionamentos diferenciados a partir da percepção construída pelo ACS na sua interação com o usuário. Estes sistemas têm como resultado práticas mais

ou menos includentes e desiguais. Por um lado, os usuários “aderentes”, com os quais foi possível construir vínculos, tornam-se merecedores e recebem mais do que o serviço demandaria inicialmente. Por outro lado, os usuários “resistentes” tornam-se vítimas de uma profecia autorrealizada: como inicialmente não aderem/obedecem ao que os profissionais recomendam, tornam-se não merecedores de serviços básicos e, menos ainda, de serviços adicionais (que são entregues apenas aos merecedores).

## 5 REFLEXÕES PRELIMINARES

As análises preliminares do material das pesquisas de campo permitem observar que há uma grande agência na atuação dos ACS, que agem em constantes processos interativos cujos resultados levam à construção de políticas heterogêneas que dependem das escolhas feitas por estes atores ao longo do processo de implementação. As escolhas resultam em políticas mais includentes quando se utilizam de mecanismos de interação que aproximam diferentes saberes, usando referências ou traduzindo as políticas para elementos do cotidiano dos usuários. Podem ser também mais includentes, ao incorporarem heterogeneidades dos territórios e dos usuários na determinação das práticas que realizam.

Contudo, a discricionariedade resulta em processos de classificação dos usuários baseados em sistemas de julgamento normativo e valoração que não são relativos ao sistema oficial de saúde. São baseados em visões de mundo e em concepções morais e normativas sobre o que é certo ou errado e acabam se transformando em classificações de usuários aderentes ou resistentes, e, portanto, merecedores ou não merecedores. E a categorização do merecimento, por sua vez, implica acessos desiguais aos serviços de saúde para os usuários.

Assim, se, por um lado, o exercício da discricionariedade leva a processos de julgamento e classificação que resultam em políticas excludentes ou desiguais, por outro lado, isso pode resultar em uma capacidade de adaptação das políticas aos contextos e às demandas, o que aumenta o potencial de acesso e inclusão social. O mesmo espaço de liberdade pode gerar resultados diferentes. A dimensão da agência e os julgamentos dos burocratas devem ser, portanto, elemento central no desenho, na análise e na gestão das políticas que se pretendem mais includentes.

## REFERÊNCIAS

- DUBOIS, V. **The bureaucrat and the poor: encounters in French welfare offices**. Aldershot: Ashgate, 2010.
- LIPSKY, M. **Street level bureaucracy: dilemmas of the individual in public services**. New York: Russell Sage Foundation, 2010.
- LOTTA, G. S. **Burocracia e implementação de políticas de saúde: os agentes comunitários na Estratégia Saúde da Família**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2015.
- MAYNARD-MOODY, S.; MUSHENO, M. **Cops, teachers, counselors: narratives of street-level judgment**. Ann Arbor: University of Michigan Press, 2003.
- \_\_\_\_\_; \_\_\_\_\_. Social equities and inequities in practice: street-level workers as agents and pragmatists. **Public Administration Review**, v. 71, n. 1, p. 16-23, 2012.

