



UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS  
FACULDADE DE CIÊNCIAS SOCIAIS

---

UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS  
FACULDADE DE CIÊNCIAS SOCIAIS  
CURSO DE CIÊNCIAS SOCIAIS – BACHARELADO

QUAL O NÍVEL DE IDENTIFICAÇÃO DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE  
(ACSs) COM O IMPLEMENTADOR MUNICIPAL EM GOIÂNIA?

Aluna: ANA KAROLINE COSTA DOS SANTOS

Goiânia

2017



UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS  
FACULDADE DE CIÊNCIAS SOCIAIS

---

UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS  
FACULDADE DE CIÊNCIAS SOCIAIS  
CURSO DE CIÊNCIAS SOCIAIS – BACHARELADO

QUAL O NÍVEL DE IDENTIFICAÇÃO DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE  
(ACSS) COM O IMPLEMENTADOR MUNICIPAL EM GOIÂNIA?

Aluna: ANA KAROLINE COSTA DOS SANTOS

Monografia apresentada como  
pré-requisito para a aprovação na  
disciplina Trabalho Final de  
Curso 2, da Faculdade de  
Ciências Sociais.

Orientadora: FABINA DA  
CUNHA SADDI

Goiânia  
2017

## RESUMO

A identificação e aproximação dos atores de linha de frente em relação às políticas elaboradas mostram-se importante para se compreender as falhas e sucessos de processos de implementação. Este trabalho objetiva verificar em que termos, no decorrer do processo de implementação da política pública, os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) se identificam com a Estratégia Saúde da Família em Goiânia. Para tanto será construído o indicador “Níveis de identificação” (NI) do ACS. O indicador NI geral é extraído das notas (médias) atribuídas pelos ACSs em relação a quatro grupos de sub-indicadores relacionados a barreiras/facilitadores para a implementação da ESF: Compreensão sobre a ESF (COMPR), Capacidade organizacional (CAORG), Interação da equipe (INTEA) e aproximação com o Estado (APREST). Foram aplicados questionários semiestruturados com 72 ACSs em 12 unidades de básicas de saúde que estão distribuídas em três distritos de Goiânia. Resultados dos dados quantitativos revelam que ACS possuem um NI geral de nível médio (Me todas barreiras = NI geral = 5,8), dado sobretudo a avaliação mais baixa que efetuam do CAORG (NI = 4,73) e APREST (NI = 4,10).

## SUMÁRIO

RESUMO .....	3
QUADRO DE SIGLAS E ABREVIATURAS.....	6
Capítulo 1 – A teoria de implementação e a Estratégia Saúde da Família: na perspectiva dos Agentes Comunitários de Saúde (ACSs).....	9
1.1 - Políticas Públicas, Implementação e Burocracia de nível de rua.....	9
1.2 - Literatura de barreiras de implementação de serviços de saúde em países de renda baixa e média	12
Quadro 1 - Composição dos Níveis de Identificação - segundo barreiras para a implementação da ESF .....	13
1.3. ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA E O AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE .....	14
1.3.1. Introdução ao SUS e à ESF.....	14
1.3. 2.Os Agentes Comunitários de Saúde na ESF.....	15
Capítulo 2 - Metodologia - Níveis de identificação do ACSs com a política .....	18
2.1. - A problemática da identificação do ator .....	18
2.1.1. Definir identidade, identificação e socialização.....	18
2.1.2. Problema, questões e hipóteses.....	19
Quadro 2. Critério utilizado para classificar “níveis de identificação” (NI) na implementação:.....	21
2.2. Técnicas e Instrumento de coleta .....	22
Quadro 3 - Composição dos Níveis de Identificação - segundo barreiras para a implementação da ESF .....	23
Quadro 4 – Sub-indicadores ou perguntas que conformam cada Barreira/seções do questionário) – variáveis quantitativas .....	23
2.3. Análise dos dados.....	25
Capítulo 3. RESULTADOS DA PESQUISA .....	26
3.1.O PERFIL DOS ACSs DE GOIÂNIA .....	26
Tabela 1 – Distribuição dos ACSs segundo sexo e faixas de idade.....	27
Gráfico 1 – Distribuição de ACSs segundo a realização de cursos de capacitação .....	27

Gráfico 2 – ACSs que disseram ter feito curso de capacitação, segundo período de anos .....	28
3.1.PERFIS DAS EQUIPES .....	28
3.2.NÍVEIS DE IDENTIFICAÇÃO DO ACS SEGUNDO BARREIRAS PARA A IMPLEMENTAÇÃO DA ESF .....	28
Tabela 2 – Avaliação dos ACS segundo barreiras para a implementação da ESF .....	29
Gráfico 3 - COMPR.....	31
Gráfico 4 – CAORG.....	32
Gráfico 5 - INTEA .....	33
Gráfico 6 - APREST .....	34
Capítulo 4. CONCLUSÃO.....	36
Quadro 5 – Resumo dos Níveis de identificação com o implementador municipal .....	36
5.Bibliografia .....	39

### QUADRO DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ACS	AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE
APS	ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE
CAIS	CENTRO DE ATENÇÃO INTEGRADA À SAÚDE
DS	DISTRITO SANITÁRIO
ESF	ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA
ET. AL	E OUTROS
KM	QUILOMETROS
MG	MINAS GERAIS
NI	NIVEIS DE IDENTIFICAÇÃO
PNAB	POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO BÁSICA
PSF	PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA
SAMU	SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIAS
SIAB	SISTEMA DE INFORMAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA
SMS	SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SUS	SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE
UBS	UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE
UFG	UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS

## INTRODUÇÃO

A lacuna (gap) existente entre atores de linha de frente, na implementação, e gestores/elaboradores de políticas públicas, mostra-se como um dentre os grandes problemas ressaltados pela literatura de políticas públicas (Saddi 2013) (Saddi, Harris, Pego, 2015). A fim de melhor conhecer e avaliar esta lacuna, foi elaborada uma metodologia específica, que leva em conta os interesses e valores dos atores, bem como as capacidades institucionais para execução da política pública Saddi (2013). Esta metodologia foi aplicada neste trabalho.

Este projeto teve início após um projeto guarda-chuva “Qual a legitimidade da política pública? O caso da atenção primária à saúde em Goiânia” que iniciou no ano de 2014. Através deste projeto, foi desenvolvido um sub-projeto de iniciação científica, por meio do qual esta autora foi pesquisadora PIVIC na UFG, desenvolvendo um estudo voltado especificamente para a análise dos ACSs. Análises preliminares foram apresentadas em diversos congressos voltados para políticas públicas e de saúde, também foi possível concluir a análise e apresentar relatório final à PRPI na UFG.

Como objetivo verificar-se em que termos os ACSs se identificam ou não com a Estratégia de Saúde da Família levando-se em conta quatro tipos de barreiras para a implementação da ESF: compreensão, capacidade organizacional, interação entre membros da equipe, e interação com o Estado.

Foram aplicados questionários semi-estruturados para 72 ACSs de 12 Unidades Básicas de Saúde, situadas em entre três distritos sanitários do município de Goiânia no estado de Goiás, para a produção dos dados foi elaborado questionário que permite termos os perfis dos agentes, e entender como é o entendimento e a avaliação deles em relação a Estratégia. A coleta dos dados ocorreram durante os meses de Março à agosto de 2015. Foi efetuada uma análise quantitativa dos dados dos questionários levando-se em conta os conceitos de identidade e identificação dos aplicados ao ACSs, bem como uma apresentação do diário de campo.

Como perfil, tivemos ACSs com a idade de 24 à 56 anos, que ingressaram na Atenção Primária da Saúde entre os anos de 1998 à 2013. Cada equipe é responsável pelo número de habitantes famílias, que refletem em 408 à 5.000 habitantes, dependendo da extensão da região.

A fim de atingir o objetivo proposto, este trabalho de conclusão de curso encontra-se dividido em três capítulos. No primeiro apresentamos a teoria de implementação e a estratégia de

saúde da família. No segundo capítulo apresentamos a metodologia de níveis de identificação com a política. Já no terceiro capítulo, é realizada a análise dos resultados. Por fim, na conclusão, fazemos uma reflexão sobre os desafios que se colocam para o ACSs, bem como foram apontados estratégias que poderiam ser adotadas a fim de superar tais desafios.



## **CAPÍTULO 1 – A TEORIA DE IMPLEMENTAÇÃO E A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: NA PERSPECTIVA DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE (ACSS)**

### ***1.1 - POLÍTICAS PÚBLICAS, IMPLEMENTAÇÃO E BUROCRACIA DE NÍVEL DE RUA.***

A definição de política de pública reflete na forma como diversos atores e instituições reagem em relação a problemas das sociedade. Para Dye (1972), tudo que o governo decide fazer, faz ou não faz é política pública. Para Jenkins (1978) a política pública relaciona-se a diversas decisões que podem ser tomadas por um grupo ou por um ator. Howlett et al.(1995) Chamam a atenção para o fato da política pública ser realizada por atores e instituições com distintas ideias e interesses, bem como pelo fato dela ocorrer em cinco principais fases: agenda, elaboração, decisão, implementação e avaliação. Trata-se da teoria do ciclo de políticas públicas, isto é, a divisão da política pública nestas fases ou etapas, que permitem uma melhor compreensão e acompanhamento do processo. Neste trabalho será focado na fase de implementação.

A implementação de políticas está ligada a formulação de políticas públicas, entendendo que é a fase em que a política pública é posta em pratica. Ou seja, é a fase em que estudamos a prática das ações de uma política já formulada. Seria a transição da teoria para a pratica, e isso exige uma serie de esforços e recursos necessários, tudo para que o melhor resultado possível seja alcançado.

No processo da implementação na maioria das vezes é necessário o envolvimento de diversos órgãos da esfera política, para que a proposta seja bem sucedida, e os objetivos sejam alcançados, afim de obter um resultado satisfatório.

Na Estratégia Saúde da Família – a política pública que iremos estudar - há uma abrangência atores envolvidos, que tomam decisões e fazem parte das diversas atividades que agregam a política pública: como o Ministério da Saúde que é responsável pelas leis e normas; as Secretarias Estaduais e Municipais, que tem como papel definir a política na parte operacional, os gestores das unidades básicas de saúde (UBS) que são responsáveis pela coordenação das mesmas e no pelo bom funcionamento da rotina de toda equipe que trabalha na unidade. Também inseridos neste processo das UBSs estão os atores de linha de frente, que é a equipe de

profissionais – médicos, dentistas e enfermeiros - e o agentes comunitários de saúde, que são responsáveis pela implantação da ESF, sendo que em cada UBS varia o número de equipes pois depende da quantidade de famílias que serão cobertas na região onde está localizada a unidade, cada profissional atua em sua área de formação, contribuindo para cuidar da saúde da família em todos os aspectos, e os ACS que são responsáveis pelo trabalho realizado entre família/comunidade e unidade de saúde, podendo ser definidos como atores a nível de rua literalmente.

Segundo a teoria da implementação, a atenção dos estudiosos não eram voltada para essa etapa do ciclo, acreditando-se que, uma vez formulada a política pública, esta seria colocada em pratica e automaticamente resultaria em resultados. Mas a partir de meados dos anos 70, sobretudo, percebeu-se que as políticas públicas não estavam sendo executadas e nem resultando como era necessário e desejando, e que sem fiscalização na implantação esse processo não se desenvolveria com sucesso. (Howlett et al. 2013)

Sendo assim inicia-se a pesquisas nesta fase, onde há o debate das gerações de implementação de pesquisas top-down e bottom-up, sendo esses, os dois contrapontos na análise de implementação. A top-down seria o entendimento da política formulada a partir do ator que formula, gerencia ou valida à mesma, e, em contraposição, a bottom-up seria uma análise ou estudo da perspectiva a partir dos atores de linha de frente. Tratava-se de perspectivas bem definidas e distantes entre si.

As duas linhas de pesquisa mostraram-se inflexíveis, cada uma em sua perspectiva. É neste contexto que nasce a terceira geração de pesquisa de implementação em 1990 onde se concentra não só no nível administrativo da pesquisa mas também nos atores de linha de rua, que são a base para que a política continue. Neste trabalho será analiso um agente de nível de rua ou de linha de frente: os agentes comunitários de saúde que estão diretamente ligados na implementação da política, no nível de contato diretamente com o publico alvo.

Segundo a análise de Lotta (2012), os atores de nível de rua são fatores imprescindíveis na política pública, porém não seguem sempre a mesmo padrão de organização, cada região onde a política é aplicada traz um contexto cultural diferente, sendo assim os atores tem diferentes formas de execução na implantação da política.

Há que se destacar ainda que desde a publicação do livro de Lipisky, *Street level bureaucracy* (1980), a literatura de implementação tem chamado a atenção para o papel desempenhado pelo burocrata e pela a burocracia de nível de rua, que são os atores responsáveis pela entrega da política pública. Para Lipisky, a discricionariedade é a chave principal dessa atuação, uma vez que os burocratas tem a liberdade de agirem e adequarem seu contexto social com a política.

O burocrata a nível de rua é aquele que faz o contato com o cidadão, que está a frente da política, e que utiliza suas ferramentas para adaptar e fazer efetiva a política que lhe foi proposta implementar. É papel do burocrata contornar as diferenças dos contextos entre as unidades, sendo na forma de organização de rotinas de trabalho, ou diferenças onde as comunidades estão situadas, pois é a partir das condições em que são trabalhadas, é que a discricionariedade será exercida.

A partir deste entendimento pretende-se fazer uma análise do processo de implementação da ESF na perspectiva dos ACSs. A implementação é vista como um processo que acontece com interação entre os burocratas de nível de rua (equipe) e o público alvo. O ACSs também é membro da equipe, ou seja, faz parte da linha de frente da ESF que está em contato com a população. Neste processo o agente comunitário de saúde é indispensável, por ele está inserido na comunidade e fazendo da mesma. Sendo assim, tem maior conhecimento da comunidade, entende as necessidades daquela área de atuação, tornando os objetivos da ESF relativamente realizáveis, sendo estes o de garantir a atenção básica para todos, ter a saúde como algo próximo no âmbito familiar, e ter um atendimento mais humanizado (LOTTA,2012).

Os ACSs sendo pessoas da comunidade, tem a capacidade de entender aonde combater focalmente os fatores de risco e as emergências caso elas surjam. Tendo este objetivo de percepção e familiaridade com as pessoas da comunidade, o papel do ACS de facilitador entre a unidade e os pacientes faz com que a implementação da política seja efetiva e eficaz, além de abrir um leque de possibilidades na ação das equipes para implementar a política. Lotta (2012) vai dizer que o ACS faz a triangulação entre os usuários, a política e os burocratas políticos, e com os burocratas da equipe de saúde. O ACS é moldado na sociedade e faz uso dos seus saberes como burocrata conforme o meio em que ele está associado.

## ***1.2 - LITERATURA DE BARREIRAS DE IMPLEMENTAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE EM PAÍSES DE RENDA BAIXA E MÉDIA***

Para os estudos sobre a implementação de política, e especificamente na área de política e sistemas de saúde, há um entendimento que as barreiras de implementação podem impedir o bom desenvolvimento da política, ter esta percepção é fundamental. Trata-se de uma forma analítica que deixa claro os desafios e complexidade do sistema de saúde, principalmente em países baixa e média renda.

Segundo a organização Mundial da Saúde (2012) a cultura do sistema de saúde luta contra o planejamento para promover mudanças e aprimorar as políticas e sistemas de saúde. Há ainda volatilidade e distinções entre tecnologia utilizadas no serviço e estudos/avaliações. Também, o fator econômico afeta toda a estrutura dos sistemas de saúde dos países. A má distribuição de renda faz com que o bom andamento desta área seja comprometido. Trata-se de exemplos dos diversos fatores que podemos ser analisados como barreiras.

De acordo com Yamey (2012), estudos como o de barreiras é importante para a análise nas diversas áreas do ciclo de políticas publicas, inclusive para futuros formuladores de política, “porque sugere uma série inicial de "próximos passos" na tradução de conhecimentos em mudanças de grande escala na saúde global” (Yamey, 2012).

Cada barreira identificada na implementação pode passar por um processo de estudo, de melhoramento e ter uma atenção focalizada na implementação, isso por que os atores de linha de frente encontram dificuldade no processo que impedem um resultado satisfatório. As barreiras encontradas são como ponto de referencia para análise, é a partir delas que projetamos a melhora da implementação.

Nesta pesquisa, o parâmetro de barreiras que serão usadas nos mostra as dificuldades que os ACSs encontram no processo de identificação e atuação na implementação da Estratégia Saúde da Família, revelando a forma como ele se aproxima/se identifica com a ESF, pois o ACS terá dificuldade de implementar a política/ESF quando há impedimentos no seu trabalho. Quanto mais esses desafios forem superados, a aproximação será maior.

A partir de análise de textos sobre a ESF e discussões no grupo de pesquisa, selecionamos quatro principais barreiras para estudar a implementação em Goiânia (Quadro 1).

<i>Quadro 1 - Composição dos Níveis de Identificação - segundo barreiras para a implementação da ESF</i>	
<b>I.COMPR</b>	Compreensão do ACS sobre a ESF: em relação a realização dos princípios da atenção primária na implementação da ESF.
<b>II. CAORG</b>	Capacidade organizacional e cultural das instituições envolvidas para a realização da ESF;
<b>III. INTEA</b>	Inter-relação entre atores de linha de frente (equipe) e entre estes e o pessoal dos DSs na realização da ESF;
<b>IV. APREST</b>	Aproximação-Distanciamento dos ACS em relação ao Estado (no relacionamento Estado/sociedade)

Fonte: Projeto de Pesquisa “Qual a legitimidade da política pública? O caso da atenção primária à saúde em Goiânia”.

Como barreiras, destaca-se a necessidade da compreensão do ACS em relação à estratégia, devendo ter o entendimento de quais seriam as funções e atividades que devem ser desempenhadas por eles, sendo necessário investigar como seria o acesso desse trabalhador aos documentos norteadores emitidos pela SMS, sendo que agente não pode ficar sem orientação e acompanhamento do seu trabalho.

Outra barreira seria a cultura e capacidade organizacional das instituições envolvidas, sendo um fator que atrapalha a realização da política pública em todos os aspectos, pois cada unidade de saúde tem em seu entorno uma realidade sociocultural distinta, ou seja, a adesão da estratégia pode ser grande, como pode enfrentar dificuldades em se desenvolver.

No que se refere a proximidade com o Estado, uma das dificuldades encontradas poderia ser o vínculo ou a falta de comprometimento dos atores políticos formuladores ou regulamentadores da política proposta, para com os atores políticos que implementam e que estão na linha de frente nos Distritos e/ou UBS, e também a falta de proximidade entre Distrito e UBS, sendo uma barreira para que o feedback, dificuldades e ocorrências não cheguem aos políticos.

Podemos destacar também a importância da integralização entre as próprias equipes de linha de frente que precisam ter cooperação para o desenvolvimento do trabalho, por que a comunicação e o trabalho em equipe são essenciais em projetos deste nível, sendo assim é um ponto a ser analisado.

A responsabilização, humanização e equidade para com toda a população é função de todos os envolvidos com esta política pública, sendo necessário observar como é a relação do Estado com todos seus atores para a comunidade, sendo assim podemos transmitir essa visão para os ACSs que fazem parte do convívio social e que está intermediando todo o processo, devendo este ter uma maior influência e importância no momento de tomada de decisões e resolução de conflitos.

Deve-se destacar também a falta de recursos, mau gerenciamento e pouco engajamento da equipe como pontos de análise, esses e outros requisitos foram analisados para a formulação das perguntas abertas e fechadas do questionário que direcionou esta pesquisa, visando sanar estes questionamentos, foi preciso buscar explorar todo o processo da política pública referente neste estudo. Falaremos mais sobre estas barreiras no capítulo sobre a metodologia adotada.

### ***1.3. ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA E O AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE***

#### ***1.3.1. Introdução ao SUS e à ESF***

O Sistema Único de Saúde (SUS) é um dos maiores do mundo, conhecido por ter diversos atendimentos, por ser universal e gratuito, sendo criado em 1988 é também considerado um dos melhores do mundo, foi se aprimorando e ainda há muito que melhorar.

Dentro do SUS e da visão de atenção básica surge em 1993 a Estratégia Saúde da Família (ESF) que tem o objetivo de auxiliar na reorganização e melhoria da saúde pública do país, sendo mantida pelo ministério da saúde, governo e município, a ESF acontece como expensor e consolidador da atenção básica. É organizada por equipes de profissionais distintos na área da saúde sendo composta por médicos, enfermeiras, em algumas equipes dentistas, e por agente comunitários de saúde, tendo um gestor local em cada posto. Segundo a cartilha da PNAB de 2012 a estratégia está presente em quase todos os municípios brasileiros, em sua organização em cada Unidade Básica de Saúde (UBS) deve existir a quantidade de equipes necessária para cobrir toda a população sendo que cada equipe não pode passar de 4.000 pessoas.

Como ressaltado por Macinko and Harris (2015):

*“Brazil has made rapid progress toward universal coverage of its population through its national health system, the Sistema Único de Saúde (SUS)”.... “The pace of FHS scale-up has been remarkable: from about 2000 teams including 60,000 community health agents providing services to 7 million people (4% of the Brazilian population) in 1998 to 39,000 teams incorporating more than 265,000 community health agents, plus 30,000 oral health teams, together serving 120 million people (62% of the population) in 2014” (Macinko and Harris, 2015).*

### *1.3. 2. Os Agentes Comunitários de Saúde na ESF*

Os agentes comunitários de Saúde são conhecidos como o elo da população e a unidade de saúde. Foram inseridos na ESF em 1994, e desde então a atuação dos ACSs tem sido crucial para o desenvolvimento da Estratégia. O pressuposto é que o papel e importância dos ACSs, como ressalta também a literatura de burocratas de nível de rua aplicada aos ACSs (Lotta, 2012) deve-se ao fato deles estarem mais próximos da realidade dos usuários e, mantendo uma relação de confiança e cuidado com os usuários e famílias/comunidades. Subentende-se também que o vínculo com a equipe e sistema de saúde mostram-se essenciais neste processo de ampliação da cobertura de saúde e acesso ao sistema.

De acordo com o Ministério da Saúde (2007), as atividades que o ACS desempenha é o mapeamento da sua área de atuação; cadastramento das famílias de sua área e manutenção deste cadastro atualizado, identificação de indivíduos e famílias em situação de risco; realização de visitas domiciliares mensais; coletar dados para análise da situação das famílias acompanhadas; desenvolvimento de ações básicas de promoção da saúde e prevenção de doenças; incentivar a formação de conselhos locais de saúde; promoção de educação em saúde e mobilização comunitária para melhorar a qualidade de vida das pessoas, sendo possível pesquisar a percepção ou avaliação dos ACSs em relação a estes fatores.

No Brasil, algumas pesquisas têm trago dados sobre percepção, compreensão ou avaliação dos ACSs sobre a ESF, as quais resultaram de uma avaliação mais compreensiva ou ampla sobre a implementação da ESF, o que nos ajudam como parâmetros.

A pesquisas realizadas por Gomes et al. (2009) realiza uma a pesquisa quali-quantitativa junto aos ACS, a fim de verificar de que formas as percepções do ACSs norteiam suas ações na ESF. Tal pesquisa foi feita em Cajuri – MG e tiveram uma amostra de 11 ACS que faziam parte toda ESF da cidade, ou seja, foram as únicas duas equipes que cobriam a cidade, investigaram sua formação e praticas de trabalho, além de suas impressões com relação ao SUS e a ESF, seus resultados mostram que:

*“No município em estudo, nenhum ACS tinha experiência prévia de trabalho no PSF, sendo que apenas 54,6% receberam algum tipo de orientação antes de iniciar o trabalho e 81,8% relataram ter participado de cursos de capacitação depois que já estavam trabalhando “outra observação é de que “Quanto ao conhecimento e à apreensão dos ACS de Cajuri em relação ao SUS, seus princípios e diretrizes, apenas 27,3% dos entrevistados demonstraram ter algum tipo de apreensão, ainda que apresentando alguns conceitos inadequados”(Gomes, 2009, p. 744)*

Machado et al. (2015) procurou investigar a percepção dos ACSs em relação as atribuições ou responsabilidades dentro da ESF. Eles realizaram esse projeto com o referencial de uma UBS e que tem uma única equipe de saúde, sendo 6 ACS participantes, tal pesquisa ocorreu em fevereiro à dezembro de 2010, na coleta de dados foram utilizando de questionários, onde destacam a relevância do trabalho do ACS, principalmente em suas visitas domiciliares.

Nogueira e colegas (2000) diz que o ACS desempenha diversas funções dentro deste processo, é necessária a atenção em muitos aspectos. No trabalho de Machado et al., os autores destacaram que o elo que os ACS representa não é apenas por fazer parte da equipe e assim vincula-se com o programa, mas a interação que eles desempenham entre toda a equipe e os usuários dos programas de saúde, isso é de grande valia por que está vinculado a diversos aspectos socioeconômicos do ser humano, é uma grande carga e responsabilidade que esses atores de linha de frente tem que administrar, sendo assim desempenham um papel de grande



importância e por isso precisa de insumos básicos para o bom desempenho do seu trabalho, com a comunidade e para toda a ESF.

É papel do ACS fazer o cadastramento das famílias, que é o trabalho burocrático dentro da UBS, fazer o controle de visitas e preencher fichas para o enquadramento demográfico e cultural, todos esses dados alimentam um sistema (SIAB) que é essencial para o controle e melhor desempenho do programa.

Neste trabalho levantamos novos dados sobre a percepção dos ACSs em relação a quatro principais barreiras/fatores que caracterizam o seu trabalho na ESF como já citado.

## **CAPÍTULO 2 - METODOLOGIA - NÍVEIS DE IDENTIFICAÇÃO DO ACSS COM A POLÍTICA**

Neste capítulo será apresentado 1) o conceito de identificação, 2) as técnicas e instrumento utilizados para a realização da pesquisa, 3) bem como a forma como foi feita a análise dos dados. Como ressaltado, o objetivo deste trabalho foi construir o conceito-variável “Nível de Identificação (NI)”, aplicado aos Agentes Comunitários de Saúde (ACSs) da Estratégia Saúde da Família (ESF). O conceito-variável NI foi construído com base nos resultados dos questionários aplicados junto aos ACSs em três Distritos Sanitários de Goiânia - GO (DS Leste, Noroeste e Sudoeste).

### ***2.1. - A PROBLEMÁTICA DA IDENTIFICAÇÃO DO ATOR***

#### ***2.1.1. Definir identidade, identificação e socialização.***

O conceito de identidade traz a noção de caráter ou personalidade da pessoa. Ciampa (1987) entende o tema como processo de metamorfose, ou melhor, de mudança, por que ao longo do tempo esta noção é mutável, vai se transformando. Outros autores dizem que o meio em que as pessoas vivem é influenciador desta transformação, sendo assim é importante entendermos a noção de identidade social.

Na Sociologia, Berger e Luckmann (1976) vão dizer que a identidade do indivíduo é de extrema importância em suas relações sociais, e está relacionada ao debate entre sociedade e o indivíduo. Sendo assim a identidade social se constitui a partir das relações do indivíduo e do seu ambiente social. Além da formação, a conservação da identidade é condicionada pelas estruturas sociais.

Para Brandão (1986), a identidade se constitui como uma “categoria de atribuição de significados específicos em tipos de pessoas em relação à outra”, ele complementa dizendo que há um condicionamento e identidade por parte do grupo quando vai se criando uma expectativa do indivíduo, sendo que a identidade pessoal também é afetada pelo sistema.

Temos então a noção de identidade como algo que pode ser influenciável ou influenciadora em uma sociedade, e conforme a função que o indivíduo desempenha e o tipo de práticas/ações que executam em determinado grupo. Ainda, segundo Cuche (1999), dentro de um grupo os próprios atores atribuem significados em função da relação ali estabelecida.

O conceito de identidade está vinculado ao de identificação. Saddi (2014) diz que a identidade se transforma no processo de identificação e re-identificação. A identificação é constituída pelo outro podendo ser aceita ou não pelo individuo que é identificado.

Segundo Berlatto (2009) a identificação é vista como a diferenciação entre os indivíduos. Onde se estabelece fronteiras entre os diversos grupos sociais, porém essas fronteiras são mutáveis a partir do momento que as situações culturais, econômicas ou políticas se alteram, visto que são demarcadores sociais.

Sendo assim o processo de identificação é importante para a socialização, sendo a identificação o modo como o individuo se vê dentro da sociedade e como ele é visto a partir do olhar do outro, então a sociedade se conduz a partir do comportamento dos atores/grupos que tem sua identificação estabelecida.

Dubar (1997) compreende a identidade como o resultado do processo de socialização, onde faz parte o processo biográfico que se entende como habilidades e história individual de cada ator e o processo relacional onde os indivíduos se interagem e analisam um ao outro, podendo se inserir ou excluírem deste processo de relação estabelecido por ambos.

Por se tratar de uma visão subjetiva ou mesmo simbólica, os grupos sociais que tem sua identificação estabelecida, e que tem maior influência de inclusão e exclusão de relações de poder, estes conseguem se manter e serem visto por toda sociedade como patamar a ser atingido. Mas aqueles grupos que simbolicamente tem pouco poder influencia, tendo pouco espaço na sociedade, são expostos ao enfraquecimento de seus poderes de decisão ou até mesmo a marginalização da sociedade.

### *2.1.2. Problema, questões e hipóteses.*

Segundo Hall (2006) a sociedade está em constante mudança e movimento, sendo que as sociedades modernas possuem estas características singulares de forma mais acirrada. O mesmo

ocorre com as identidades e identificações, que se alteram no decorrer do processo de socialização e mudança, podendo assim alterar os significados que atribuem a suas relações, praticas e instituições em determinada sociedade. Saddi (2014) tem esta visão voltada para a esfera política, e mais especificamente para a política pública. A autora diz que, no processo de socialização, a internalização de novos valores é um processo longo de mudança, podendo gerar novas praticas e disputas. Por isso há necessidade de utilizar o conceito de identificação no estudo dos atores de políticas públicas, para assim entendermos a forma como ocorre à realização ou implementação das diretrizes das políticas publicas.

Estes conceitos das Ciências Sociais podem ser empregados na análise de políticas públicas e, assim, podemos compreender o processo de implementação como um processo de socialização, em que a identificação dos atores envolvidos pode estar sendo questionada (ou não). Analisando, por exemplo, os níveis de identificação dos atores e da população que receberá a política, sendo que a sociabilizarão e a interação que os indivíduos vivem influenciam na boa ou má implantação de políticas publicas. Os níveis de identificação está relacionada à possibilidade da realização das diretrizes da política publica, utilizados como parâmetro analítico para níveis de legitimação da política publica que esta sendo implementada (Saddi, 2014).

Esse processo de análise se torna de grande valia quando tratamos a perspectiva dos atores que estão a frente da implementação da política, por isso são identificados como atores de linha de frente, eles são implementadores que trabalham diretamente realizando a política proposta. Quando analisamos qual é a percepção e a identificação que esses atores tem em meio a construção da política, podemos visualizar quais são os desafios que se colocam para a implementação de políticas públicas

Neste trabalho há uma nova proposta em relação a uma perspectiva diferente de análise, dentro do processo de implementação da Estratégia Saúde da Família, pois implementação será tratada da perspectiva da identificação e socialização dos Agentes Comunitários de Saúde em relação a esta política publica, e no que se referem as quatro principais barreiras já destacadas.

A questão que se coloca é de que forma os ACSs se identificam com a ESF nos dias de hoje, tendo em vista as barreiras de implementação e processos de mudança em curso. Leva-se em consideração que os ACSs têm se socializado por meio de certas práticas que caracterizam o

seu trabalho junto aos usuário/família/comunidade. Esta identificação revela um processo de tensão entre velhas e novas práticas; pois, de um lado, ele se identifica com alguns processos e praticas relacionadas estritamente a sua função, mas também têm que executar com novas práticas demandadas pela secretaria de saúde.

Como hipótese principal, é possível compreender a identificação do ACS em relação a ESF a partir das dificuldade que os mesmo enfrentam. Sendo assim o NI (nível de identificação) será alto quando o nível de tensão for baixo, e o NI será médio quando a tensão em relação a barreira for mediana, e o NI será baixo quando a tensão para com as barreiras for alto.

Desta forma poderemos quantificar os dados coletados e facilitar a compreensão sobre a forma como os ACSs se identificam - em maior ou menor escala de valores- com a ESF. Esta escala irá revelar o quão inserido o trabalhador está na Estratégia, abrindo um leque de discussões desta categoria, podendo nos levar a uma análise singular em Ciências Sociais e Política Pública.

*Quadro 2. Critério utilizado para classificar “níveis de identificação” (NI) na implementação:*

MR	<i>Critério – inter-relações entre possibilidades e limites de se realizar a política na pratica efetiva (tensões entre idéias/interesses e identidade dos atores)</i>	<i>Construção da Legitimidade</i>	
ALTA (A)	Possibilidades são maiores que os limites. <i>Alto nível de entendimento sobre os desafios que colocam na implementação.</i> Resultado: política é tida como sucesso, alta aceitação.	<b>CONTINUO REJEIÇÃO- ACEITAÇÃO</b>	Max 100%
MÉDIA (M)	Possibilidades e limites possuem pesos similares, impasse no processo. Resultado: realização tende a ser parcial, rejeição média. Processo tende a ser caracterizado por irresoluções e procrastinações.		50%

<b>BAIXA (B)</b>	<p>Limites pesam mais que as possibilidades de mudança.</p> <p>Resultado: alto grau de efeitos perversos, baixa aceitação (alta rejeição), processo iniciado tende a ser interrompido.</p>		
----------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--

Fonte: Projeto de Pesquisa “Qual a legitimidade da política pública? O caso da atenção primária à saúde em Goiânia”.

## ***2.2. TÉCNICAS E INSTRUMENTO DE COLETA***

Foi realizada análise de documentos e de artigos científicos sobre ACSs e Atenção Primária a Saúde (APS) e/ou ESF. A partir dessa análise e de debates com o grupo, foi elaborado um questionário com perguntas fechadas e abertas, organizado segundo o Perfil dos ACS e confirme quatro tipos de indicadores: 1) Compreensão do ACS sobre o significado da ESF (COMPR), 2) Capacidade Organizacional (CAPORG), 3) Interação da equipe de saúde e desta com o DS (INTEA), 4) Aproximação com a autoridade de saúde municipal (APROP) (Decoster et al, 2013). Resultados das perguntas das seções do questionário são utilizadas na construção do indicador geral NI, a ser formado mediante agrupação dos quatro sub-indicadores/sub-seções dos questionários (Saddi 2013 – versão revista 2016). (Quadro 3 e 4)

*Quadro 3 - Composição dos Níveis de Identificação - segundo barreiras para a implementação da ESF*

<b>I. COMPR</b>	Compreensão do ACS sobre a ESF: em relação a realização dos princípios da atenção primária na implementação da ESF.
<b>II. CAORG</b>	Capacidade organizacional e cultural das instituições envolvidas para a realização da ESF;
<b>III. INTEA</b>	Inter-relação entre atores de linha de frente (equipe) e entre estes e o pessoal dos DSs na realização da ESF;
<b>IV. APREST</b>	Aproximação-Distanciamento dos ACS em relação ao Estado (no relacionamento Estado/sociedade)

Fonte: Projeto de Pesquisa “Qual a legitimidade da política pública? O caso da atenção primária à saúde em Goiânia”.

No questionário temos uma seção para cada tipo de barreira. Cada seção é formada por um grupo de questões relacionadas àquela barreira. O intuito é que o ACS avalie, mediante atribuição de notas de 0 a 10, a forma como cada uma destas questões-quesitos são implementados na ESF. As perguntas ou quesitos relacionados a cada barreira, os quais compreendem sub-indicadores das respectivas barreiras, encontram-se listadas no Quadro 4.

*Quadro 4 – Sub-indicadores ou perguntas que conformam cada Barreira/seções do questionário) – variáveis quantitativas*

<b>I.BARREIRA-COMPR – O quanto os princípios da atenção primária são implementados na unidade?</b>
Primeiro acesso ao sistema de saúde
Continuidade do cuidado
Integralidade da atenção à saúde
Coordenação do cuidado entre os níveis básico e mais especializados
Orientação familiar
Orientação comunitária
Adaptação à cultura local pela equipe
<b>II.BARREIRA – CAORG – Avalie a capacidade organizacional da unidade conforme os quesitos a seguir:</b>
Disponibilidade de equipamentos e insumos para a realização do trabalho na unidade
Disponibilidade de Medicamentos (para unidades com farmácia)

Manutenção de equipamentos
Estrutura física adequada para a ESF
Segurança no trabalho na unidade
Uso/disponibilidade de computador e tecnologias
Setor de Vacinação da unidade
Disponibilidade de profissionais/pessoal na equipe (equipe está completa?)
Encaminhamento do paciente para exames e demais níveis de atenção
Qualificação do gestor local
Qualidade do trabalho do gestor local
<b>III.BARREIRA INTEA – Como se dá a interação entre os membros da equipe e entre equipe e DS no processo do trabalho?</b>
Cooperação entre membros da equipe
Execução em equipe
Comunicação com o DS
Clareza e pontualidade nas/das informação passadas pelo DS
Apoio dos DS nas atividades de promoção e prevenção
<b>IV.BARREIRA APREST - O quanto o governo/implementador se aproximam na realidade local da implementação da ESF?</b>
Valorização do profissional, do ACS pelo governo
Envolvimento do ACSs na mesa redonda realizada pela secretaria de saúde
Aproximação da equipe com o usuário

Fonte: Projeto de Pesquisa “Qual a legitimidade da política pública? O caso da atenção primária à saúde em Goiânia”.

Foram realizadas entrevistas com 72 ACSs, em 3 Distritos Sanitários (DS) de Goiânia, a partir da coleta de dados, uma análise de sociologia política foi feita, centrada no ator, aliada à quantitativa e qualitativa. O período de coleta durou cerca de seis meses, entre os meses março e agosto de 2015, sendo feita em 12 Unidades Básicas de Saúde em Goiânia, em três Distritos Sanitários da Cidade.

Não existe PSF nas regiões centrais de Goiânia, que se encontram num raio de 10 km em torno da Praça Cívica. Isto é, não há postos nos setores centrais (Centro, Aeroporto, Coimbra), Oeste, Sul, Bueno, Marista e outros. Trata-se de unidades de saúde localizadas em zonas marginais da cidade, com acesso via BR ou GO (estradas), onde reside grande parte da população de classe média baixa e baixa, sendo que a maioria dos postos encontra-se em locais considerados como nichos de pobreza, e algum deles em bairros com altos índices de pobreza e violência em Goiânia. De forma que o PSF em Goiânia configura-se como um programa de tipo focalizado, ou para pobres; diferentemente do que ocorre em Curitiba e outras cidades grandes do Brasil, onde



estes postos e equipes do PSF atuam em toda a cidade, inclusive nas regiões centrais ou onde reside a classe média.

Nas regiões mais centrais de Goiânia, o primeiro contato com o SUS efetua-se via CAIS, emergência, SAMU e mesmo diretamente no Hospital, esta situação verifica-se apenas na cidade de Goiânia, e não nas outras cidades que conformam a Região Metropolitana de Goiânia: Trindade, Aparecida de Goiânia e Senador Canedo.

Esta pesquisa realizou coleta em postos de saúde localizados entre 15 e 30 km de distância do centro de Goiânia (Praça Cívica), sendo que a média de distância percorrida diariamente foi de 20km de ida mais 20km de volta dos postos. (Dados do diário de pesquisa da autora do projeto de pesquisa, Saddi,2015.) O projeto foi aprovado no Comitê de Ética da UFG, n. 26584514.3.0000.5083.

Na aplicação dos questionários, pode-se perceber que havia muito a ser dito, quando respondiam em grupo o diálogo era inevitável, e assim é fácil compreender a realidade desses trabalhadores, alguns preferiam não expor muita opinião, outros não se continham com tantas experiências e assuntos para serem ditos.

### **2.3. ANÁLISE DOS DADOS**

Dados dos questionários foram agrupados por seções do questionário e conforme níveis distintos de respostas (NI Baixo: notas < 5; NI Médio: Notas entre 5 e 7; NI Alto: notas >7), os quais compreendem distintas tensões entre possibilidades e limites para a execução da ESF pelos ACSs, isto é: são classificados como indicadores reveladores de distintos níveis de identificação com autoridade municipal, e no que diz respeito aos indicadores COMPR, CAPORG, INTEA, APROP, relacionados aos ACSs. Os softwares Excel e SPSS foram utilizados para a realização destes cálculos. Este indicador qualitativo (níveis de identificação), bem como seus sub-indicadores, darão suporte à análise a ser realizada: que busca verificar a forma como valores e interesses dos atores, inseridos em instituições específicas, configuram o processo de implementação da ESF.

### **CAPÍTULO 3. RESULTADOS DA PESQUISA**

Nos questionários havia uma primeira parte de perfil do ACS, que são necessários para analisar o ambiente socioeconômico em que está inserida, a escolaridade, o grau de instrução, inclusive se tiveram disponíveis cursos para o desenvolvimento do trabalho na área, idade, entre outros questionamentos. A seguir verificamos em que termos eles avaliam as barreiras para a implementação da ESF. Esta avaliação é interpretada gráfica e analiticamente como níveis de identificação do ACS com a política, e mais especificamente como possibilidades para se implementar a ESF na realidade. Por haver questões objetivas, discursiva e em escala de valores no mesmo questionário, ficamos mais próximos de ter resultados completos mostrando os níveis de identificação com mais clareza.

#### ***3.1.O PERFIL DOS ACSs DE GOIÂNIA***

Em primeiro bloco, como já citado, nos questionários aplicados haviam questões sobre os perfis dos entrevistados, com base nas respostas obtidas e tabuladas, foi possível ter um parâmetro de perfil. Os resultados revelam que as mulheres se destacam no trabalho de ACS, compreendendo a maioria (98,2%). Sendo que 43% delas se encontram na faixa etária entre 30 a 39 anos e 26% na faixa etária entre 40 e 49 anos. Neste total de 72 ACS, temos apenas dois ACS do sexo masculino (Tabela 1), dentre todos os entrevistados 74% alegaram terem feito curso de capacitação sendo que 50% disseram ter feito curso de capacitação antes de 2010, e 22% assinalaram ter participado de tais cursos a partir de 2010 (Gráfico 1). 1% não respondeu a pergunta. Verifica-se ainda que 25% admitiram nunca ter feito curso de capacitação (Gráfico 2).

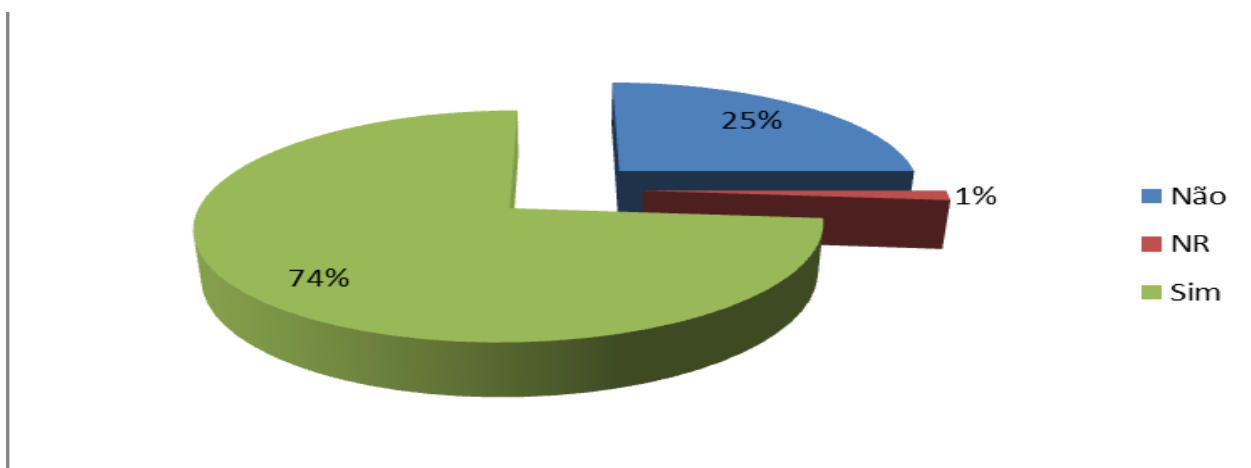
Entende-se que as capacitações são essenciais nesta categoria, o trabalhador precisa de um entendimento básico em relação a profissão que desempenha, muitos aprendem o ofício na prática, o que torna mais lento o processo de efetividade da política pública.

*Tabela 1 – Distribuição dos ACSs segundo sexo e faixas de idade*

SEXO	Faixa de Idade						Total
	Entre 20 e 29	Entre 30 e 39	Entre 40 e 49	Entre 50 e 59	Entre 60 e 63	NR	
F	9,00	31,00	18,00	6,00	3,00	3,00	70
M	1,00	0,00	1,00	0,00	0,00	0,00	2
<b>Total N</b>	10,00	31,00	19,00	6,00	3,00	3,00	72
<b>Total %</b>	14%	43%	26%	8%	4%	4%	100%

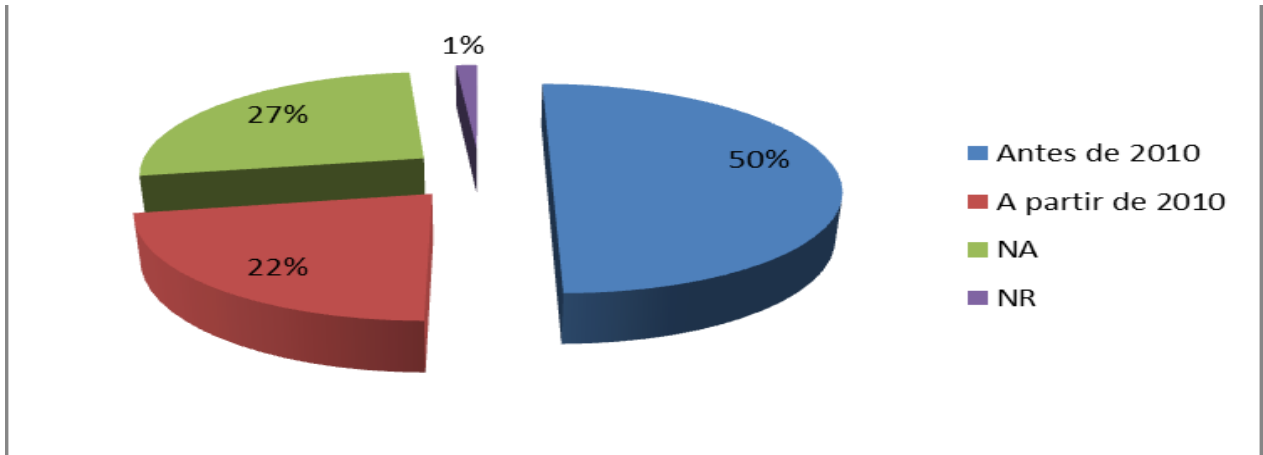
Fonte: Projeto de Pesquisa “Qual a legitimidade da política pública? O caso da atenção primária à saúde em Goiânia”.

*Gráfico 1 – Distribuição de ACSs segundo a realização de cursos de capacitação*



Fonte: Projeto de Pesquisa “Qual a legitimidade da política pública? O caso da atenção primária à saúde em Goiânia”.

Gráfico 2 – ACSs que disseram ter feito curso de capacitação, segundo período de anos



Fonte: Projeto de Pesquisa “Qual a legitimidade da política pública? O caso da atenção primária à saúde em Goiânia”.

### **3.1.PERFIS DAS EQUIPES**

Em segundo bloco no questionário, havia questões em relação às equipes que os ACSs estão inseridos, também em relação a quantidade de famílias atendidas, e qual a visão deles sobre quão viável é a distribuição de família entre as equipes feitas pela SMS.

A partir dos resultados, 4 entre 72 ACSs, demonstram a falta de informação em relação quantidade de habitantes que estão mapeados para o cuidado da equipe que ele está inserido, leva-se em conta que a problemática da distribuição por quantidade de equipes em relação a quantidade de famílias é uma informação necessária para a orientação do trabalho dos ACSs, quando questionados se a quantidade de usuários que eram cobertos pela equipe deles era viável a maior parte disseram que não. Majoritariamente das equipes são desfalcadas pela falta de algum ator da equipe, sendo ACS o que mais está em falta. Temos então a problemática da quantidade de trabalhadores em campo e a parcela de população que carecem de atendimento, é perceptível o descontentamento do ACS quanto a quantidade de trabalho que responsável, neste requisito, classifica-se baixa o nível de identificação do ACS em relação a ESF.

### **3.2.NIVEIS DE IDENTIFICAÇÃO DO ACS SEGUNDO BARREIRAS PARA A IMPELMEENTAÇÃO DA ESF**

A partir da discussão sobre as barreiras, na terceira e ultima etapa do questionário foram elaborados questionamentos a partir de cada uma delas, usando sub indicadores que obtiveram

uma escala de valores que funcionava com um termômetro, onde o ACS avaliava de 0 – 10 as notas atribuídas em relação ao entendimento e identificação com o que está sendo proposto, foram então analisadas e tabuladas todas as informações obtidas e as nota média (0-10) atribuída pelos 72 ACSs em uma escala de valores para cada sub-indicador encontra-se registrada na Tabela 2.

*Tabela 2 – Avaliação dos ACS segundo barreiras para a implementação da ESF*

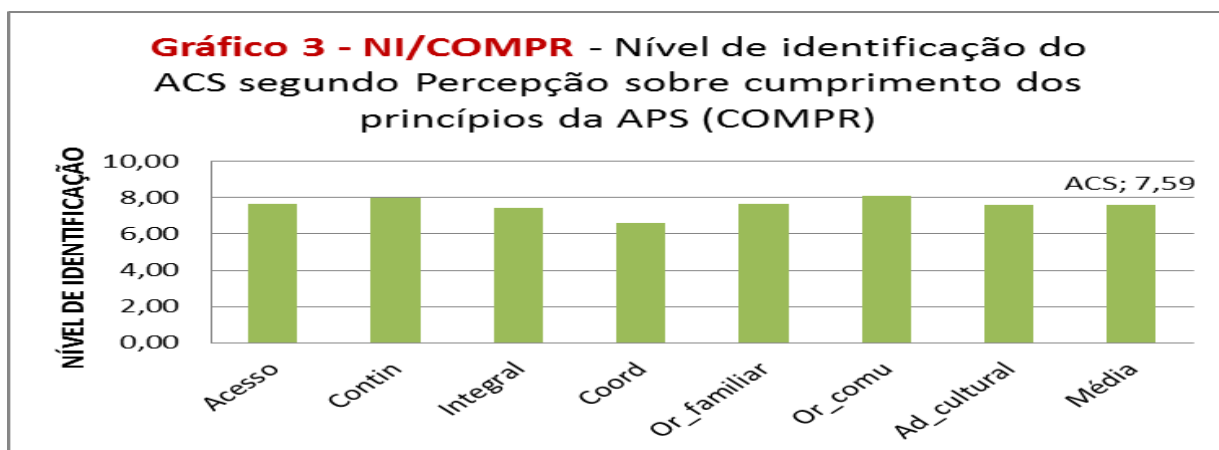
<i>Sub-indicadores quantitativo (0-10)</i>	<b>ACS</b>
<b>COMPR - BARREIRA COMPREENSÃO SOBRE A ESF</b>	
Acesso e primeiro contato do indivíduo com o sistema de saúde (Acesso)	7,67
Continuidade e confiança na relação interpessoal do usuário com a equipe (Longitudinalidade)	8,01
Atenção integral ao paciente, com ações de promoção, prevenção, cura, reabilitação e encaminhamento (Integralidade)	7,43
Coordenação do cuidado do paciente e, com os demais níveis de atenção, na troca de protocolos e envio/recebimento de cartas de referências. (Coordenação do cuidado)	6,63
Atendimento centrado na família, levando em conta suas necessidades, contexto, ameaça à saúde e com abordagem familiar. (Orientação familiar)	7,65
Orientação comunitária (Orientação Comunitária)	8,13
Adaptação da equipe e profissionais às características culturais especiais da população. (Competência Cultural)	7,58
<b>Média</b>	<b>7,59</b>
<b>CAORG - BARREIRA CAPACIDADE ORGANIZACIONAL DA ESF</b>	
Disponibilidade de equipamentos e insumos.	4,34
Se o suprimento de medicamentos da farmácia, da unidade atende sempre as necessidades.	2,12
A manutenção dos equipamentos da unidade.	3,86
A estrutura física é adequada para o atendimento da atenção a saúde.	4,38
A segurança da unidade em que trabalha(ou local de trabalho).	2,75
O uso de tecnologia e o acesso a internet na unidade de saúde.	2,65
O funcionamento do setor de vacinação da unidade.	6,25
Disponibilidade de pessoal na equipe.	5,55
O processo de referenciamento do paciente para as outras unidades.	6,22
O nível de qualificação do gestor da unidade.	7,12
A qualidade do trabalho de gestão da unidade.	7,23
<b>Média</b>	<b>4,73</b>

Fonte: Projeto de Pesquisa “Qual a legitimidade da política pública? O caso da atenção primária à saúde em Goiânia”.

<b>INTEA - BARREIRA INTERAÇÃO NA ESF</b>	
A cooperação entre os profissionais da equipe da ESF.	7,83
Executa facilmente os documentos norteadores do trabalho de ACS emitidos pela SMS.	7,66
O recebimento de informações de forma clara e antecipadamente sobre as atividades que devem ser promovidas pela unidade.	7,11
O apoio do distrito sanitário na realização de atividades de promoção da saúde.	5,70
Apoio dos DS nas atividades de promoção e prevenção	5,71
<b>Média</b>	<b>6,80</b>
<b>APREST - BARREIRA APROXIMAÇÃO COM O ESTADO</b>	
Avalie de 10 a 0 a valorização que o governo dá ao trabalho ACS em atenção primária de saúde:	3,14
Classifique de 10 a 0, caso já tenha participado da mesa redonda, em que medida sua opinião ou a de sua equipe influenciou na condução do fórum?	3,57
O atendimento do número de habitantes pela sua equipe mostra-se plenamente viável e sua equipe consegue cobrir e acolher esta demanda	5,26
<b>Média</b>	<b>4,10</b>
<b>Média Geral (indicadores quantitativos)</b>	<b>5,80</b>

Fonte: Projeto de Pesquisa “Qual a legitimidade da política pública? O caso da atenção primária à saúde em Goiânia”.

Na análise das perguntas abertas relacionadas à barreira COMPR que verifica qual a compreensão que o ACS tem das ações que devem ser desempenhadas na ESF, após os resultados, foi observado que existe uma divergência quanto ao atendimento de emergência e demanda circunscrita ou espontânea, como estipulado pela Secretaria.



### *Gráfico 3 - COMPR*

Os as notas mais altas foram atribuídas a continuidade e confiança interpessoal dos usuários para com a equipe (gráfico 3), como foi exposto no referencial teórico, os ACSs são burocratas a nível de rua, esta função é clara, devido suas visitas de rotina e por eles mesmos fazerem parte da comunidade faz com que a interpessoalidade seja a marca do trabalho que desempenham e a equipe que os acompanham neste trabalho diário também precisa se envolver para desenvolver bem o trabalho.

Em segundo lugar de notas aplicadas, a orientação comunitária (gráfico 3), mostra que a função que o ACS tem desempenhado de leva a informação, de criar grupos de cuidado, entre outras mobilizações, ajuda na compreensão do que é função da ESF, por que eles vivem o que estão avaliando, porém quando a nota é inferior pressupõe esta realidade é tão clara onde estão, ou seja, as cartas de contra referencia, a extensão do cuidado do paciente para outros níveis não é de entendimento de muitos, talvez por não ser a área que atuam ou por ser difícil executar esta função dentro da UBS.

No entanto, os ACS atribuem nota 7.59 (gráfico 3) para a realização dos princípios da APS na implementação da ESF. Isto revela que o nível de identificação do ACS, segundo a barreira COMPR, alcança o patamar inferior no nível alto (7-10). Embora os ACS possuam bom entendimento sobre coordenação do cuidado, tendo em visto seu contato com as famílias, tal avaliação mostra-se mais crítica dentre os médicos que trabalham de forma mais direta com contra-referência e coordenação.

Em relação a barreira CAORG teve a media 4,73 relativamente baixa em relação a média, onde deveriam avaliar a capacidade organizacional da ESF em relação as UBSs, sendo medicamentos e farmácias, manutenção e tecnologia obtiveram menores notas, porém em sua maioria as notas foram abaixo da média sendo que a organização da unidade e do trabalho é de extrema importância para o desenvolvimento da equipe (Tabela 2). De forma que o nível de identificação do ACS em relação ao CAORG mostra-se baixo (Gráfico 4).

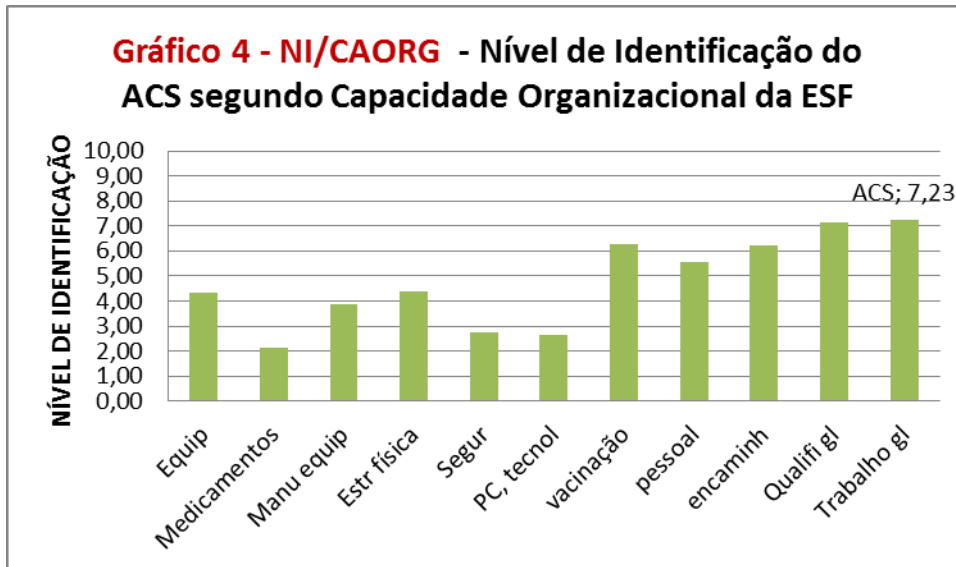


Gráfico 4 – CAORG

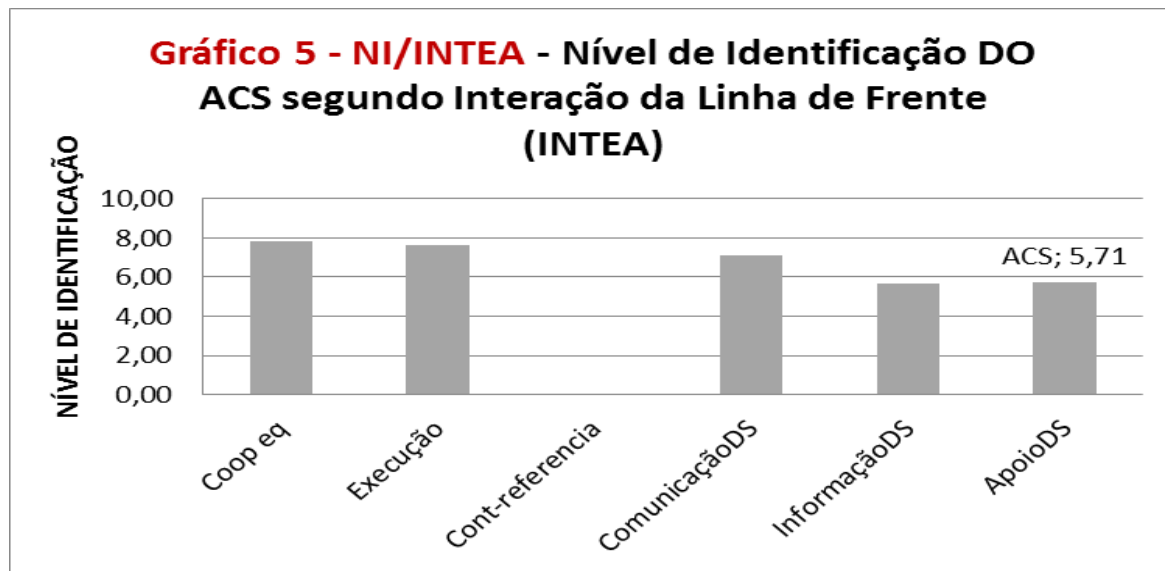
Fonte: Projeto de Pesquisa “Qual a legitimidade da política pública? O caso da atenção primária à saúde em Goiânia”.

Na barreira INTEA (interação entre a equipe e distritos) obteve-se a nota média 6,8, a maior nota nesta barreira foi a da interação entre a equipe, que é necessária para que cada profissional tenha condições de dar continuidade ao trabalho, o ACS que está entre equipe e a comunidade, por isso essa cooperação para o atendimento e promoção da saúde é essencial.

As informações e apoio do distrito são às notas menores que obtivemos esse quesito nos mostra a distancia dos ACSs com o distrito, durante a pesquisa de campo a falta de informação de ações e campanhas de saúde foi um dos problemas que em média foi discutido em todas as unidades, houve relatos de que matérias de campanhas de saúde e prevenção seriam entregues depois do fechamento das mesmas, informações em relação a reuniões e debates também foram questionados, muitos não tinham conhecimento dos fóruns de reuniões que acontecem todos os anos, o distanciamento entre a unidade inclusive dos ACS, com o outro nível gestor da política é uma problemática existente no PSF (Tabela 2). O nível de identificação dos ACS em relação ao INTEA apresenta-se no nível médio (entre 5 e 7) (gráfico 5).



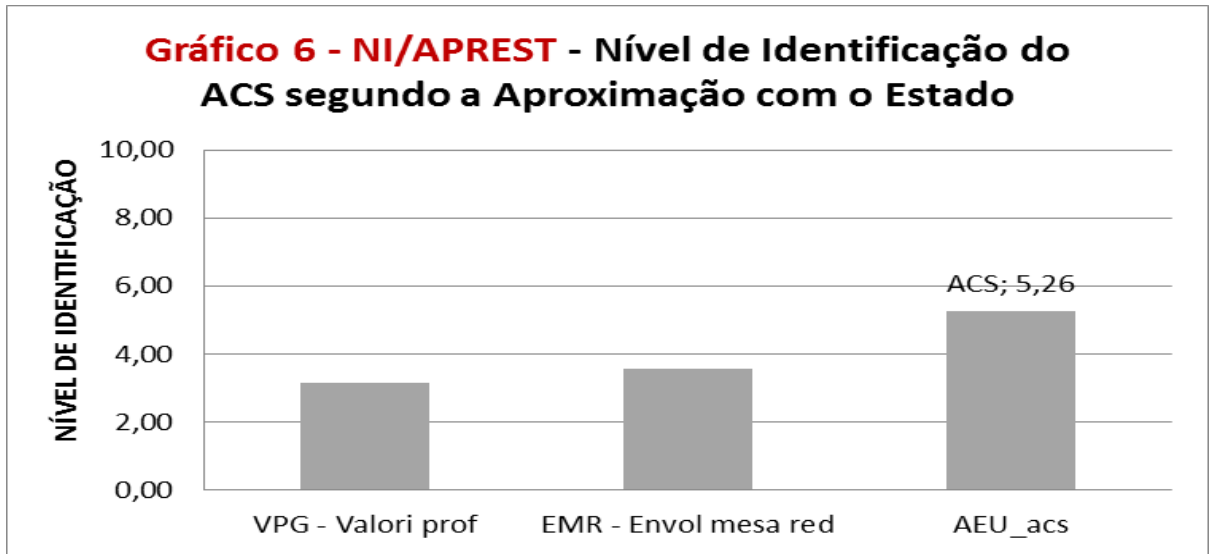
Gráfico 5 - INTEA



Fonte: Projeto de Pesquisa “Qual a legitimidade da política pública? O caso da atenção primária à saúde em Goiânia”.

Quando se trata de aproximação com o Estado (APREST) os ACSs atribuíram nota 5,8 (Me). Como vimos na barreira anterior (INTEA) existe um distanciamento entre os níveis da política, a falta desta aproximação faz com que os ACS não se sintam valorizados pelo governo, sendo a media de nota atribuída 3,14 e esta questão que obteve menor nota ficando clara a percepção que os ACSs tem com o Estado e como média total também ficou abaixo da média (Tabela 2).

Gráfico 6 - APREST



Fonte: Projeto de Pesquisa “Qual a legitimidade da política pública? O caso da atenção primária à saúde em Goiânia”.

Verifica-se ainda que eles se envolveram muito pouco com a mesa redonda realizada pela SMS que também foi exposto na barreira anterior de forma que o nível de identificação do ACSs em relação ao APREST é de nível baixo.

Como discutido no Capítulo 2.1.1, a identificação de um indivíduo social acontece quando ele se sente inserido, há uma atribuição de significados a cada pessoa, tudo isso está relacionado a sua identidade pessoal, também quando suas expectativas e objetivos são pedidos de se realizarem. A influência que cada grupo de pessoas exerce, como os ACS, está ligado a função que os mesmos desempenham, sendo assim quando não tem oportunidade exporem suas percepções, ficam sujeitos a marginalização da sociedade.

Além de questões objetivas nos questionário, pedimos também a opinião dos ACS de forma discursiva quanto a algumas medidas poderiam ser tomadas para valorização do trabalho deles. Grande parte deles ressaltou a questão da “melhoria salarial”, adicionado que a carga de trabalho deles é estressante e o salário não é atrativo.

Um dos quesitos mais citado por eles quanto a valorização também foi plano de carreira, os ACS não tem tido capacitações e nem incentivo de crescimento. Esse quesito deve ser

pensado. Em terceiro lugar uma das formas de valorização deveria também ser a melhoria de condições do trabalho. No trabalho de campo pode ser observado as condições em que esses trabalhadores desenvolvem sua profissão, a escassez de recursos, muitos compram seus próprios cadernos para realizarem o seu trabalho. Lápis e borrachas também devem ser comparados caso queiram trabalhar. Há ainda a falta de internet para fazerem seus cadastramentos, falta de medicamento nos postos de saúde, que apresentam estruturas ruins ou inadequadas. Tudo isso, de forma agregada, dificulta a identificação do ACS, pois eles se vêm a marginalizados ou a margem do sistema de saúde, e possuem desafios para executarem o proposto.

## CAPÍTULO 4. CONCLUSÃO

O distintos Níveis de identificação (NI) e seus sub-indicadores evidenciam o modo e medida com que a ESF tem sido compreendida e executada pelos ACSs, bem como fornece um feedback sistematizado e contextualizado para os elaboradores da política.

*Quadro 5 – Resumo dos Níveis de identificação com o implementador municipal*

NI dos ACS	Média geral Barreiras	Probabilidade de execução (Interpretação)	NI (QUAL)	Indicadores mais críticos (que poderiam ser trabalhados)
<i>NI/COMPR</i>	7,59	7,59%	ALTA (>7)	Discordância sobre atendimento de emergência e demanda espontânea. Coordenação do cuidado
<i>NI/CAORG</i>	4,73	4,735	BAIXA (<5)	Medicamentos, PC para ACSs, Segurança, Manutenção de equipamentos, Equipamentos e insumos, Adequação da Estrutura física, pessoal (completar a equipe da ESF)
<i>NI/INTEA</i>	6,8	6,8%	MÉDIA (entre 5 e 7)	Comunicação com o DS, apoio do Ds para atividades de promoção.
<i>NI/APREST</i>	4,10	4,10%	BAIXO (<5)	Valorização do ACSs, Envolvimento e participação na Mesa redonda e outros fóruns ou “diálogos” de/com policymaking
<b><i>NI Geral</i></b>	<b>5,8</b>	<b>5,8%</b>	<b>Médio (entre 5 e 7)</b>	

Fonte: Projeto de Pesquisa “Qual a legitimidade da política pública? O caso da atenção primária à saúde em Goiânia”.

Os ACSs em Goiânia, nos distritos estudados, apresentam um perfil que pode ser classificado como: feminino, compromissado, com necessidade de capacitação, com experiência adquirida, e atuando em equipes incompletas. Resultados indicam que os ACS se adequam rapidamente as necessidades da ESF, sejam de origem comunitária ou não.

No entanto não apresentam uma compreensão conjunta sobre algumas das funções da ESF e, em especial, discordam da Secretaria em relação às novas funções adotadas: com atendimento

de emergência e da demanda espontânea, que nos mostram a necessidade de capacitações e de instruções quanto aos procedimentos e diretrizes da estratégia.

Realizam seu trabalho de forma comprometida, onde possuem uma interação entre a equipe, o que melhora o desenvolvimento da política e no cuidado à saúde da comunidade. Em contra partida, essa mesma interação não acontece entre ACS, distrito e Estado, fazendo com que os mesmos não se sintam valorizados pela política. Essa distância de relacionamento implica em vários aspectos da política pública, uma delas é a política *top-down* já discutida nesta pesquisa, onde as diretrizes, o direcionamento e a avaliação dos formuladores e gestores é transmitida para os atores de outros níveis menores da política até chegar nos atores de linha de frente.

Devido à falha de comunicação e interação os atores que estão no direcionamento da política não tem um feedback dos atores da implementação que estão diariamente lidando com as dificuldades e facilidades da política. Isto faz com os atores de linha de frente não se identifiquem com as políticas e diretrizes formuladas. Assim, o problema da identificação do ator na implementação barra ou dificulta o ou mesmo gera novos desafios para o avanço eficiente da política.

A falta de informação dos ACS em relação as mesas redondas e reuniões com as equipes do distrito traz a sensação de falta de voz desses atores, como se a relevância do trabalho que eles fazem não fosse visto em outras esferas. A carga de conhecimento e a experiência que os ACS e todos os atores de linha de frente carregam, se expostos mais amplamente poderiam trazer um grande acréscimo para a política e seria claro o avanço da mesma.

Outro questionamento seria a falta de materiais na maioria das unidades, eles precisam adquirir os materiais por que necessitam para a realização do trabalho, uma ação ou uma campanha de saúde que é feito em poucos postos de saúde, além do desperdício de material que não foi utilizado na campanha, também não seria eficaz, pois atingiria um contingente menor da população que foi pensada e que é necessária.

Seria interessante, neste sentido, aprofundar o diálogo interativo entre elaboradores da política e ACS. Verifica-se a necessidade de se adotar estratégias mais interativas para aprimorar o diálogo com os ACS e facilitar o desenvolvimento de uma mesma visão sobre a ESF,

aprimorando assim a identificação deles em relação ao CAORG e APREST, sobretudo. O que poderia se feito mediante estratégia de diálogo-interativo e capacitação continuada. Poderia ser aprimorado o planejamento da ESF, de forma a aprimorar as condições do trabalho deles. O maior envolvimento e participação ativa nas estratégias diálogo adotada pela Secretaria, como a Mesa Redonda, seriam necessários.

Trabalhar no sentido de aprimorar a compreensão e percepção dos ACSs em relação às barreiras do CAORG, INTEA E APREST, sobretudo, resultaria no aprimoramento da identificação do ACS e aproximação com a policy formulada e seus gestores decorrer da implementação, tornando, assim, a política mais factível de ser de implementada na realidade da implementação local.

## 5.BIBLIOGRAFIA

BEERENWINKEL, Ananda e KEUSEN, Alexandre Lins. **A dinâmica familiar sob a ótica do profissional da Estratégia Saúde da Família**. Saúde debate [online]. 2014, vol.38, n.103, pp. 771-782.

BERGER, Peter; LUCKMANN, Thomas. **A construção social da realidade**. Petrópolis: Vozes, 1976.

Berlatto, Odir (2009), “**A construção da identidade social**”, Revista do Curso de Direito da FSG, Caxias do Sul, 3, 5, pp.141-151, Disponível em: <http://ojs.fsg.br/index.php/direito/article/viewFile/242/210>.

BRANDÃO, Carlos Rodrigues. **Identidade e etnia: construção da pessoa e resistência cultural**. São Paulo: Brasiliense, 1986.

Ciampa, A. C. (1987). **A estória do Severino e a história da Severina**. São Paulo: Editora Brasiliense.

COSTA, Simone de Melo et al. **Agente Comunitário de Saúde: elemento nuclear das ações em saúde**. Ciênc. saúde coletiva [online]. 2013, vol.18, n.7, pp. 2147-2156.

DECOSTER, K.; APPELMANS, A; HILL, PETER (2013). “**A Health Systems Research mapping exercise in 26 low- and middle income countries: Narratives from health systems researchers, policy brokers and policy-makers**”. Background paper commissioned by the Alliance for Health Policy and Systems Research to develop the WHO Health Systems Research Strategy. Geneva.

CUCHE, Denys. **A noção de cultura nas ciências sociais**. Bauru: EDUSC, 1999.

Dubar, C. (1997). **Para uma teoria sociológica da identidade. Em A socialização**. Porto: Porto Editora.

DYE, T. R. **Understanding public policy**. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall, 1972

GOMES, Karine de Oliveira et al. **A práxis do agente comunitário de saúde no contexto do programa saúde da família: reflexões estratégicas.** *Saude soc.* [online]. 2009, vol.18, n.4, pp.744-755. ISSN 0104-1290.

Hall, S. (2006). **A identidade cultural na pós-modernidade** (11ª. Edição). São Paulo: DP&A.

HOWLETT, M. & RAMESH, M. **Studying Public Policy: Policy Cicles and Policy Subsistems.** Oxford, Oxford University, 1995.

JENKINS, William. **Policy Analysis. A Political and Organizational Perspective.** Londres: Martin Robertson, 1978.

LIMA, Luciana Leite and D'ASCENZI, Luciano. **O papel da burocracia de nível de rua na implementação e (re)formulação da Política Nacional de Humanização dos serviços de saúde de Porto Alegre (RS).** *Rev. Adm. Pública* [online]. 2017, vol.51, n.1, pp.46-63. ISSN 0034-7612.

LIPSKY, Michael. **Street-level bureaucracy: dilemmas of the individual in public service.** New York: Russell Sage Foundation, 1980.

LOTTA, Gabriela. **Desvendando o papel dos burocratas de nível de rua no processo de implementação: o caso dos agentes comunitários de saúde.** In: FARIA, C. A (org). *Implementação de Políticas Públicas. Teoria e Prática.* Editora PUCMINAS, Belo Horizonte, 2012.

MACINKO, James; HARRIS, Matthew. (2015) **Brazil's Family Health Strategy.** *The New England Journal of Medicine.* 372;23, june 4, 2015.

Machado, L. M. ; MATTOS, K. M. ; COLOMÉ, J. S. ; FREITAS, N. Q. ; SANGOI, T. P. **Estratégia Saúde da Família: a percepção do Agente Comunitário de Saúde quanto a sua atuação.** *Ciência, Cuidado e Saúde (Online)* , v. 14, p. 1105-1112, 2015.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Secretaria de Atenção Básica.** Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006. Equipe Saúde da Família. Portal da Saúde <[http://dab.saude.gov.br/portaldab/smp\\_como\\_funciona.php?conteudo=esf](http://dab.saude.gov.br/portaldab/smp_como_funciona.php?conteudo=esf)>SUS. Pense SUS.



MINISTÉRIO DA SAÚDE. **SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE**. Departamento de Atenção Básica. Memórias da Saúde da Família no Brasil – Brasília: Ministério da Saúde, 2010 144p.

MODESTO, Maria do Socorro Andrade; GRILLO, Luciane Peter; PROSPERO, Elisete Navas Sanches e MARIATH, Aline Brandão. **Avaliação de curso técnico de agente comunitário de saúde sob a ótica dos egressos**. Trab. educ. saúde [online]. 2012, vol.10, n.3, pp. 387-406.

NASCIMENTO, Elisabet Pereira Lelo; CORREA, Carlos Roberto da Silveira. **O agente comunitário: formação, inserção e práticas**. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 24, n. 6, p. 1.304-1.313, jun. 2008.

SADDI, F. C. (2013). **Qual a legitimidade política da política pública? - Uma análise política do problema da separação na política pública - O caso da política de atenção Básica à Saúde/Saúde da Família em Goiânia**. Projeto PNPd CAPES/UFG.

SADDI, F. C.; Harris, M J; Pego, R A (2015). **Qual a legitimidade política da política pública? - Uma análise política do problema da separação na política pública - O caso da política de atenção Básica à Saúde/Saúde da Família em Goiânia**. Projeto COMPLETO, PNPd CAPES/UFG (projeto completo, versão revista).