

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

Ana Karoline Costa dos SANTOS, Bacharelanda em Ciências Sociais com Hab. em Políticas Públicas, FCS/UFG, ana.karooline.kaka@gmail.com¹ (Aluna de Iniciação Científica PIVIC)

Fabiana da Cunha SADDI, PPGCP-FCS/UFG, fasaddi@usp.br² (orientadora)

RESUMO

A identificação e aproximação dos atores de linha de frente em relação às políticas elaboradas mostra-se como indicador importante para se compreender as falhas e sucessos de processos de implementação. Este trabalho objetiva construir o indicador “Níveis de identificação” (NI) do Agente Comunitário de Saúde no decorrer da implementação da Estratégia Saúde da Família em Goiânia. 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). São aplicados questionários semi-estruturados com 33 ACSs em 12 unidades de básicas de saúde 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).

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

¹ Este artigo consiste em relatório de trabalho de Iniciação Científica de Ana Karolina Costa dos Santos no programa Institucional de Iniciação Científica (PIIC) Pró-Reitoria de Pesquisa e Inovação (PRPI) da Universidade federal de Goiás (UFG), Modalidade: PIVIC. Período: 01 de agosto de 2015 a 31 de julho de 2016. Entregue em Setembro de 2016

² Revisado pela orientadora.

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 de Iniciação Científica.

O objetivo deste trabalho de iniciação científica 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 (DS) (DS Leste, Noroeste e Sudoeste).

Durante o período do PIVIC pode-se dar prosseguimento à coleta de dados, digitação dos dados, organização dos dados, cálculos e construção dos Níveis de identificação (NI), e análise e escrita deste artigo-relatório³.

A importância de se estudar os ACSs deve-se ao fato deles serem essenciais na execução da ESF, uma vez que são o elo no relacionamento entre a unidade de saúde e os usuários. Para muitos usuários representam de fato o primeiro contato com o serviço de saúde.

Este trabalho faz parte de projeto guarda-chuva “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”, Registrado no CEP-UFG/CONEP (CAAE: 26584514.3.0000.5083) e no Sistema de Acompanhamento de Projetos (SAP) da UFG (nº 40567) (Saddi, 2013) (Saddi e Harris et al, 2016).

Neste artigo-relatório são apresentados a metodologia, resultados e principais conclusões.

³ Inicialmente, antes da Iniciação Científica, efetuou-se a revisão preliminar da literatura, confecção/desenho do questionário do ACS e início da coleta de dados.

1.A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA E O AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE

1.1.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, foi se aprimorando e ainda há muito o 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 estratégia de expansão 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 que é nosso foco neste trabalho, 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 existem 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).

1.2.OS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE NA ESF

Na perspectiva dos ACS deve ser suficiente para cobrir toda a população sendo 12 ACS's e no máximo 750 pessoas por agente sendo um enfermeiro por equipe para coordenar as ações dos ACS's.

Os agentes comunitários de Saúde são conhecidos como o elo da população e a unidade de saúde, sendo inseridos na ESF em 1994 a atuação dos ACS's tem sido crucial para o desenvolvimento da estratégia, estando mais próximos da realidade dos usuários de saúde é mantida uma relação de confiança e cuidado fazendo com que se chegue a efetividade do seu trabalho, neste trabalho vamos analisar o perfil e o entendimento desses agente de forma a saber como está a percepção da ESF a fim de melhor compreender seu relacionamento e atuação com os usuários.

2.METODOLOGIA

Realiza-se análise de documentos e de artigos científicos sobre ACSs e Atenção Primária a Saúde (APS) e/ou ESF. Elaborou-se 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 1 e 2)

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

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-

questitos são implementados na ESF. As perguntas ou questitos relacionados a cada barreira, os quais compreendem sub-indicadores das respectivas barreiras, encontram-se listadas no Quadro 2.

Quadro 2 – Sub-indicadores ou perguntas que conformam cada Barreira/seções do questionário) – variáveis quantitativas

I.BARREIRA-COMPR – O quanto os princípios da atenção primária são implementados na unidade?
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
II.BARREIRA – CAORG – Avalie a capacidade organizacional da unidade conforme os questitos a seguir:
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
III.BARREIRA INTEA – Como se dá a interação entre os membros da equipe e entre equipe e DS no processo do trabalho?
Cooperação entre membros da equipe
Execução em equipe
Contra-referência
Comunicação com o DS
Clareza e pontualidade nas/das informação passadas pelo DS
Apoio dos DS nas atividades de promoção e prevenção
IV.BARREIRA APREST - O quanto o governo/implementador se aproximam na realidade local da implementação da ESF?
Valorização do profissional, do ACS pelo governo
Envolvimento do ACSs na mesa redonda realizada pela secretaria de saúde
Aproximação da equipe com o usuário

Foram realizadas entrevistas com 72 ACSs, em 3 Distritos Sanitários (DS) de Goiânia. Efetuou-se uma análise de sociologia política, centrada no ator, e aliada à quantitativa e qualitativa. 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. Utilizamos os softwares Excel e SPSS 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, conformam o processo de implementação da ESF.

3.RESULTADOS DA PESQUISA

Apresenta-se primeiramente os perfil dos ACSs da pesquisa, para a seguir verificarmos 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.

3.1.O PERFIL DOS ACSs DE GOIÂNIA

Os resultados esperados revelam distintos perfis dos ACSs em Goiânia. Observa-se 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), 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).

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
Total N	10,00	31,00	19,00	6,00	3,00	3,00	72
Total %	14%	43%	26%	8%	4%	4%	100%

Gráfico 1 - Distribuição de ACSs segundo realização de curso de capacitação

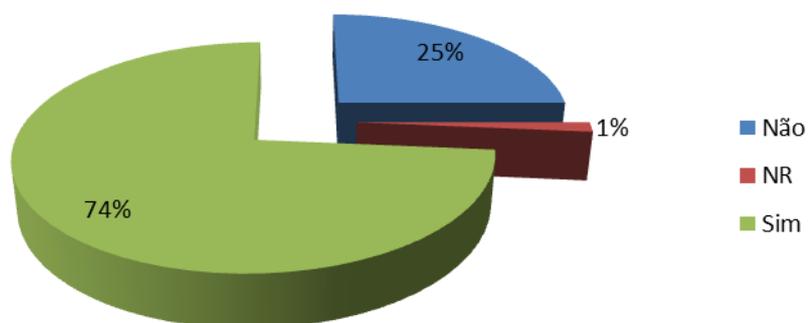
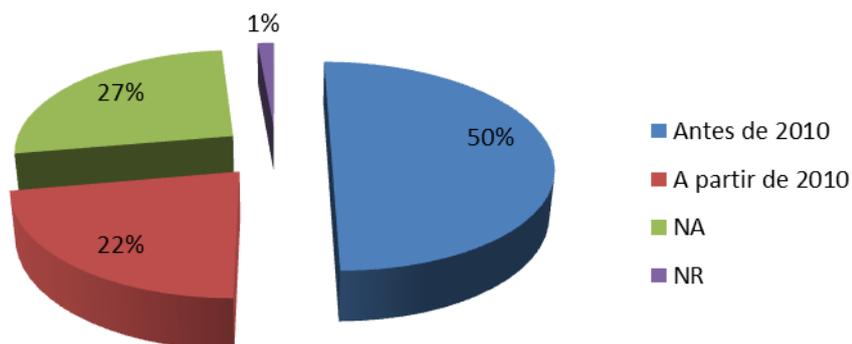


Gráfico 2 - ACSs que disseram ter feito curso de capacitação, segundo períodos de anos



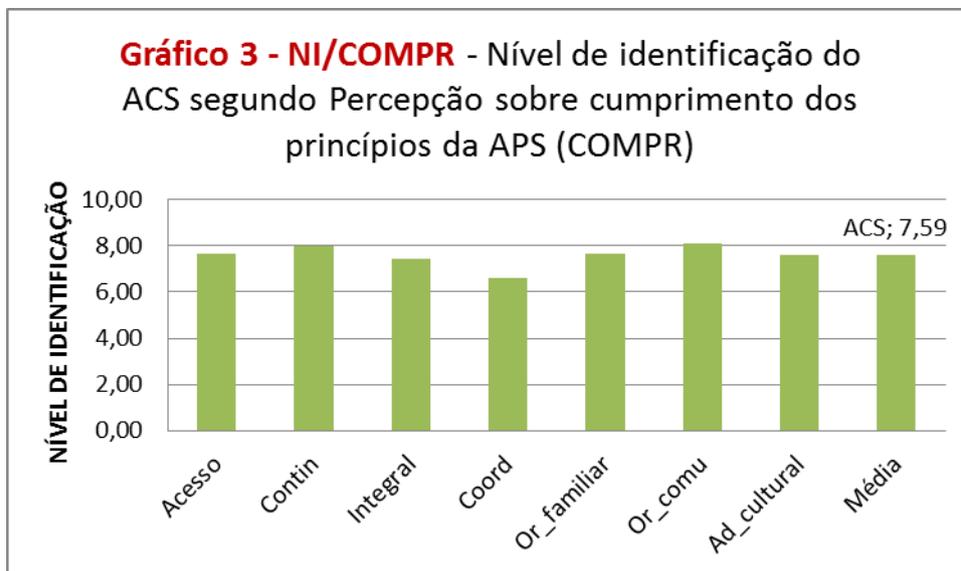
3.2. NÍVEIS DE IDENTIFICAÇÃO DO ACS SEGUNDO BARREIRAS PARA A IMPLEMENTAÇÃO DA ESF

A nota média (0-10) atribuída pelos 72 ACSs para cada sub-indicador e barreira encontra-se registrada na Tabela 2.

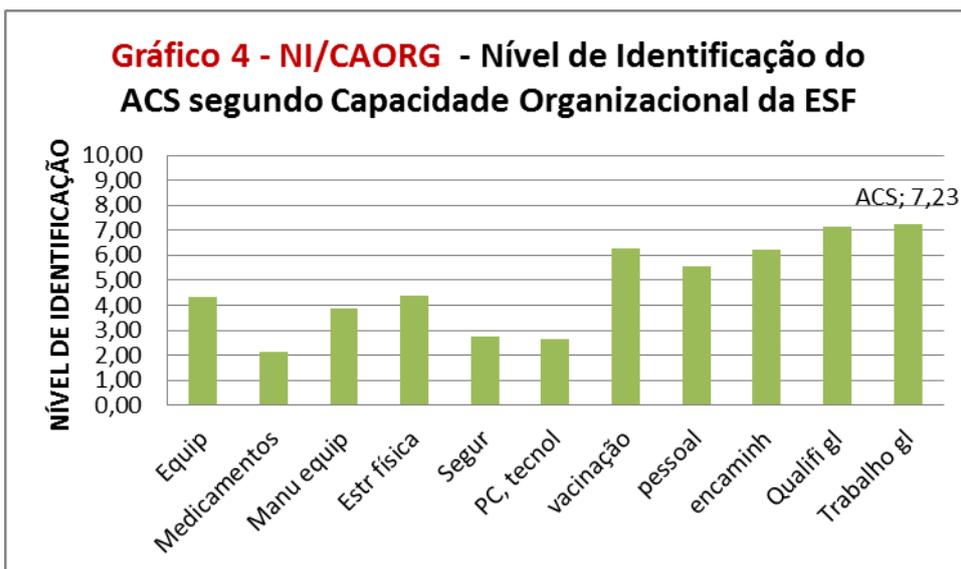
Tabela 2 – Avaliação dos ACS segundo barreiras para a implementação da ESF

Sub-indicadores quantitativo (0-10)	ACS
COMPR - BARREIRA COMPREENSÃO SOBRE A ESF	
Primeiro acesso ao sistema de saúde	7,67
Continuidade do cuidado	8,01
Integralidade da atenção à saúde	7,43
Coordenação do cuidado	6,63
Orientação familiar	7,65
Orientação comunitária	8,13
Adaptação à cultura local pela equipe	7,58
Média	7,59
CAORG - BARREIRA CAPACIDADE ORGANIZACIONAL DA ESF	
Disponibilidade de equipamentos e insumos para a realização do trabalho na unidade	4,34
Disponibilidade de Medicamentos (un. com farmácia)	2,12
Manutenção de equipamentos	3,86
Estrutura física adequada para a ESF	4,38
Segurança no trabalho na unidade	2,75
Uso/disponibilidade de computador e tecnologias	2,65
Setor de Vacinação da unidade	6,25
Disponibilidade de profissionais/pessoal na equipe	5,55
Encaminhamento do paciente	6,22
Qualificação do gestor local	7,12
Qualidade do trabalho do gestor local	7,23
Média	4,73
INTEA - BARREIRA INTERAÇÃO NA ESF	
Cooperação entre membros da equipe	7,83
Execução em equipe	7,66
Contra-referência	
Comunicação com o DS	7,11
Clareza e pontualidade informação passadas pelo DS	5,70
Apoio dos DS nas atividades de promoção e prevenção	5,71
Média	6,80
APREST - BARREIRA APROXIMAÇÃO COM O ESTADO	
Valorização do profissional, do ACS pelo governo	3,14
Envolvimento do ACSs na mesa redonda	3,57
Aproximação da equipe com o usuário	5,26
	4,10
Média Geral (indicadores quantitativos)	5,80

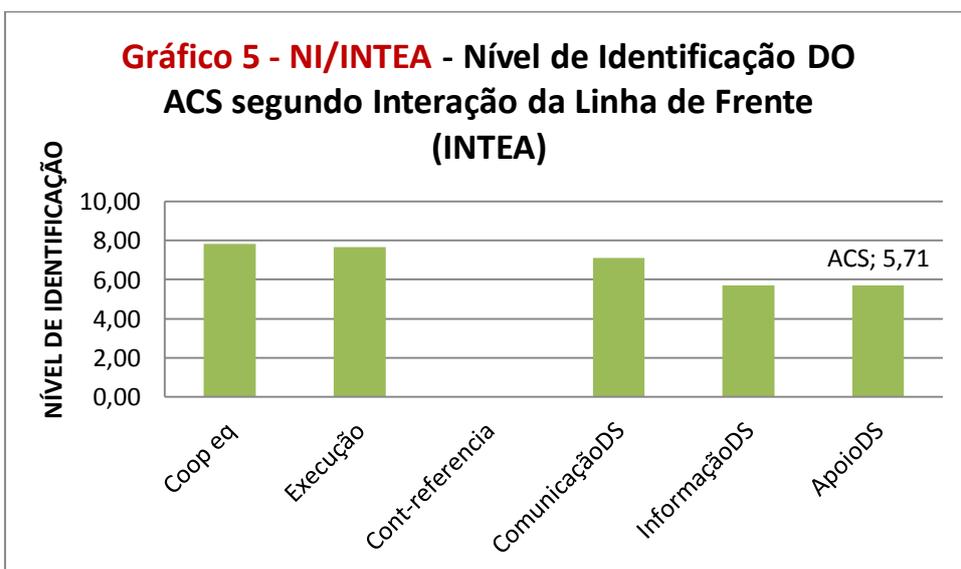
Na análise das perguntas abertas relacionadas à barreira COMPR (compreensão) verifica-se que existe uma divergência quanto ao atendimento de emergência e demanda circunscrita ou espontânea, como estipulado pela Secretaria. No entanto, os ACs atribuem nota 7.9 para a realização dos princípios da APS na 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), sendo menor (nível médio) para o quesito coordenação do cuidado. (Gráfico3). 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.



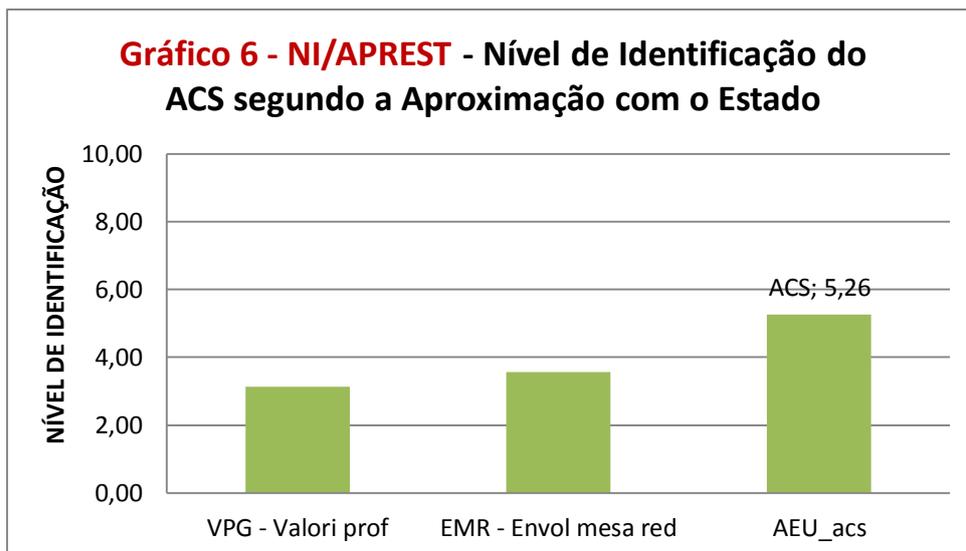
Em relação a barreira CAORG (capacidade organizacional) teve a media 4,73 relativamente baixa em relação a média, sendo medicamentos e farmácias, manutenção e tecnologia obtiveram menores notas, porém em sua maioria as notas foram abaixo da média sendo que a organização da unidade e do trabalho é de extrema importância para o desenvolvimento da equipe (Tabela 3). De forma que o nível de identificação do ACs em relação ao CAORG mostra-se baixo (Gráfico 4).



Na barreira INTEA (interação entre a equipe e distritos) obteve-se a nota média 6,8, sendo as informações e apoio as notas menores que obtivemos (Tabela 3). O nível de identificação dos ACS em relação ao INTEA apresenta-se no nível médio (entre 5 e 7) (gráfico 5).



Quando se trata de aproximação com o Estado (APREST) os ACSs atribuíram nota 5,8 (Me). Os ACS não se sentem valorizados pelo governo, sendo esta questão que obteve menor nota e como média total também ficou bem abaixo da média (Tabela 3). Verifica-se ainda que eles se envolveram muito pouco com a mesa redonda realizada pela SMS. De forma que o nível de identificação do ACSs em relação ao APREST é de nível baixo.



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 3 – 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)
NI/COMPR	7,59	7,59%	ALTA (>7)	Discordância sobre atendimento de emergência e demanda espontânea. Coordenação do cuidado
NI/CAORG	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)
NI/INTEA	6,8	6,8%	MÉDIA (entre 5 e 7)	Comunicação com o DS, apoio do Ds para atividades de promoção.
NI/APREST	4,10	4,10%	BAIXO (<5)	Valorização do ACSs, Envolvimento e participação na Mesa redonda e outros fóruns ou “diálogos” de/com policymaking
NI Geral	5,8	5,8%	Médio (entre 5 e 7)	

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. Realizam seu trabalho de forma comprometida, a despeito de não se sentirem valorizados pelo governo, e de terem que adquirir parte dos materiais que necessitam para a realização do trabalho. Na opinião dos ACS, algumas medidas poderiam ser tomadas para valorização do trabalho deles: melhoria salarial, do plano de carreira e de condições do trabalho.

Seria interessante, neste sentido, aprofundar o diálogo interativo entre elaboradores 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 ser 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 no decorrer da implementação, tornando, assim, a política mais factível de ser de implementada na realidade da implementação local.

5.BIBLIOGRAFIA

BEERENWINKEL, A; KEUSEN, A. L. A dinâmica familiar sob a ótica do profissional da Estratégia Saúde da Família. **Saúde em Debate**, vol.38, n.103, pp. 771-782, 2014.

COSTA, S. M. et al. Agente Comunitário de Saúde: elemento nuclear das ações em saúde. **Ciências & Saúde Coletiva**, vol.18, n.7, pp. 2147-2156, 2013.

DECOSTER, K.; APPELMANS, A; HILL, P. **A Health Systems Research mapping exercise in 26 low- and middle income countries: Narratives from health systems researchers, policy brokers and policy-makers**. 2013. Geneva: The Alliance for Health Policy and Systems Research to develop the WHO Health Systems Research Strategy. 53 p.

MACINKO, J; HARRIS, J. M. Brazil's Family Health Strategy — Delivering Community-Based Primary Care In A Universal Health System. **The New England Journal of Medicine**, Vol. 372, N. 23, 2177-2181, JUNE 4, 2015.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção Básica. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

MODESTO, M. S. A; GRILLO, L. P; PROSPERO, E. N. S.; MARIATH, A. B.. Avaliação de curso técnico de agente comunitário de saúde sob a ótica dos egressos. **Trabalho, Educação e Saúde**. vol.10, n.3, pp. 387-406, 2012.

NASCIMENTO, E. P. L; CORREA, C. R. da S. 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.; HARRIS, M.; et al. **Qual a legitimidade política da política pública?**: Uma análise política do problema da separação na política pública: O caso da atenção Básica à Saúde em Goiânia (projeto piloto). 2016. 2ª Edição. Goiânia: Projeto PNPD-CAPES, Universidade Federal de Goiás, Imperial College London. 46 p.

SADDI, F. C. **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*. 2013. 1ª Edição. Goiânia: Projeto PNPD-CAPES, Universidade Federal de Goiás, 35 p.