

# POSSO ENTRAR? O PAPEL DOS BUROCRATAS DE NÍVEL DE RUA NA IMPLEMENTAÇÃO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA EM DOIS AGLOMERADOS DO MUNICÍPIO DE CONTAGEM, MG<sup>1</sup>

JULIA LEITE DE CARVALHO FERNANDES\* E CARLOS AURÉLIO PIMENTA DE FARIA\*\*

**Resumo:** Este artigo insere-se na discussão sobre o papel dos Burocratas de Nível de Rua (Street-Level Bureaucracy) na implementação de políticas públicas. O objeto de análise é a contribuição dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) na implementação da Estratégia Saúde da Família (ESF) nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) de dois Aglomerados do município de Contagem, MG. Nestes dois casos, os cenários de inserção de um profissional estatal dentro das casas dos moradores são permeados por tensões diversas. Nesse sentido, o estudo busca analisar em que medida os ACSs contribuem para “quebrar as barreiras” e realizar um acompanhamento das famílias atendidas pela ESF, a fim de alcançar uma melhoria da saúde da população atendida. A pesquisa realizou entrevistas semiestruturadas com seis ACSs na UBS A e quatro na UBS B, no ano de 2016, e contemplou aspectos referentes ao ambiente interno das equipes, à relação com as famílias e à formação das agentes. As entrevistas apontaram para a escassez de formação prévia e continuada. Nesse cenário de adaptações necessárias e de modelagens inevitáveis, ampliam-se os níveis de discricionariedade e varia mais o tipo de serviços ofertados pelas agentes e o resultado final do cuidado das famílias atendidas pela política pública.

**Palavras-chave:** Burocratas de Nível de Rua. Discricionariedade. Implementação. ACS.

## **MAY I ENTER? The role of street-level bureaucrats in the implementation of the Family Health Strategy in two Agglomerates in Contagem, MG county, Brazil**

**Abstract:** This article is part of the discussion about the role of Street-Level Bureaucrats in the implementation of public policies. The object of analysis is the contribution of Community Health Agents (ACS) in the implementation of the Family Health Strategy (ESF) in Basic Health Units (UBS) of two agglomerates in Contagem, MG county, Brazil. In these two cases, the scenarios of the insertion of a state professional inside the residents' homes are filled with

\* Doutoranda no Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais da PUC Minas e Bolsista Capes Modalidade I.

\*\* Doutor em Ciência Política pelo Instituto Universitário de Pesquisas do Rio de Janeiro (IUPERJ). Professor Adjunto da PUC Minas.

diverse tensions. In this sense, the study seeks to analyze in which way the ACSs contribute to “break down the barriers” and perform a follow up of the families served by the ESF, in order to achieve an improvement in the health of the served population. The research performed semi-structured interviews with 6 ACSs at UBS A and 4 at UBS B, between the years 2016 and 2017, and included aspects related to the internal environment of the teams, the relationship with the families and the training of the agents. The interviews pointed out to the scarcity of prior and continued training. In this scenario of necessary adaptations and inevitable modeling, the levels of discretionarity enlarge and the type of services offered by agents and the final result of the care of families served by public policy are more varied.

**Keywords:** Street-Level Bureaucrats. Discretionarity. Implementation. ACS.

## INTRODUÇÃO

Até os anos 1970, os estudos sobre a implementação normalmente entendiam esta “etapa” do ciclo de produção das políticas públicas como derivação quase automática das deliberações e provisionamentos da “fase” de formulação da política, na qual os agentes implementadores eram vistos, sem nenhuma hipótese de contestação, como subordinados aos formuladores. Entendia-se que a rigidez das diretrizes auxiliava no sucesso da política, reduzindo eventuais desvirtuamentos produzidos pelas burocracias públicas (SAETREN, 2014; FARIA, 2012).

Nos anos 1980, conforme as pesquisas foram se direcionando para as questões de efetividade e avaliação, percebeu-se com mais clareza que ocorriam “falhas” diversas e que os agentes implementadores ajustavam e adaptavam de várias maneiras as diretrizes recebidas. As pesquisas na área passaram, então, a sugerir que a implementação fosse considerada como uma “parte contínua e integral do processo político, envolvendo barganha e negociação entre os que querem colocar a política em ação e aqueles de quem as ações dependem” (LOTTA, 2014, p. 192).

Nesse contexto, Lipsky (1980) insere na discussão sobre a implementação de políticas públicas, de maneira inovadora, um agente implementador específico, que ocupa uma posição de relacionamento direto com os usuários e beneficiários da política, definido como “*burocrata de nível de rua*”. Os “*burocratas de nível de rua*” assumem um papel de visibilidade nos estudos sobre implementação devido à discricionariedade que muitas vezes permeia a sua atuação. Esses atores apresentam relativa autonomia em relação à autoridade da organização à qual pertencem, e aos formuladores da política, pois mesmo que as esferas política e administrativa definam as diretrizes que devem pautar suas ações, esses agentes usualmente conseguem autonomia para determinar como vão realizar essas ações no desempenho das atividades de implementação. Fazendo a interface direta entre o Estado e os usuários, suas margens de autonomia são balizadas por suas experiências cotidianas no serviço, pela maneira como eles interpretam os problemas específicos que devem ser enfrentados, pelas diretrizes recebidas e por seu conhecimento do público-alvo, autonomia essa que também pode ser valorizada positivamente.

Assim, tornou-se habitual a compreensão de que o desenho final da política deveria ser concebido depois de muita negociação e acordos ao longo dos processos de formulação e implementação. Com isso, há o reconhecimento que diversos contextos territoriais e relacionais, nos quais a política será implementada, podem gerar impactos diversos, mesmo sob uma mesma regulamentação, devido ao fato de que os agentes que participam da implementação são atores ativos e com certa autonomia para moldarem as práticas necessárias ao processo de execução das políticas. Suas ações passam, assim, a ser percebidas como parte de um complexo emaranhado de questões políticas, institucionais e relativas aos valores dos atores envolvidos (ARRETCHE, 2001).

O presente artigo visa analisar o papel dos *burocratas de nível de rua* na implementação da Estratégia Saúde da Família (ESF) em dois aglomerados do município de Contagem, em Minas Gerais. Esse burocrata na linha de frente é o Agente Comunitário de Saúde (ACS), que ao mesmo tempo em que é um representante oficial do Estado, é também alguém da comunidade na qual executa seu trabalho, apresentando altos índices de discricionariedade no trabalho realizado (LOTTA, 2014; 2015; SCHMIDT; NEVES, 2010).

A pesquisa de campo foi realizada nos anos 2016 e 2017. Inicialmente, fizemos um levantamento das Unidades Básicas de Saúde (UBS) com ESF que estavam inseridas nos aglomerados do município de Contagem e em seu entorno. Foram localizados 11 aglomerados com ESF implementada. Posteriormente foi realizada a tentativa de contato com todas as UBS e feita uma apresentação prévia da proposta de pesquisa, buscando saber quais teriam interesse em participar do trabalho acadêmico. Em algumas UBS não conseguimos estabelecer contato e nas demais apenas duas Unidades demonstraram interesse e abertura para a pesquisa de campo.

Sendo assim, a pesquisa contemplou duas UBS com ESF implementadas, UBS A e UBS B, presentes em dois aglomerados de Contagem. Após a realização de visitas técnicas para conhecer os estabelecimentos, foram realizadas entrevistas semiestruturadas com os dez ACSs que concordaram em participar da pesquisa, sendo seis agentes na UBS A e quatro na UBS B. As entrevistas buscaram compreender as interações existentes no ambiente de trabalho, interno e externo, e as ações realizadas pelos Agentes que refletissem seu papel como implementador da política pública.

O artigo inicia fazendo uma breve revisão bibliográfica sobre a implementação de políticas públicas, o papel dos burocratas de nível de rua e a construção da Estratégia Saúde da Família no Brasil. Depois são apresentados a metodologia de pesquisa e os resultados encontrados. Procuramos articular a análise das entrevistas com o papel que esses profissionais exercem na execução da política pública, demonstrando as divergências e convergências da mesma política em dois cenários semelhantes – aglomerados - em virtude da discricionariedade dos agentes implementadores. Por fim, são apresentadas as considerações finais.

## **O BUROCRATA DE NÍVEL DE RUA NO PROCESSO DE IMPLEMENTAÇÃO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS**

O estudo sistemático sobre as políticas públicas iniciou-se, segundo Ham e Hill (1993), na década de 1960, tendo se orientado por dois pilares: a vertente governamental, que tinha a preocupação de solucionar problemas instaurados em uma sociedade industrializada, e a vertente acadêmica, com ênfase nas ciências sociais, que se dedicaram a aplicar seus conhecimentos para uma elucidação sobre as interações e papéis dos atores e instituições na produção da política pública. As décadas posteriores testemunhariam um crescente interesse, tanto acadêmico como governamental, por uma melhor compreensão dos processos de produção das políticas e de seus impactos.

No campo da Análise de Políticas Públicas, continua usual a utilização da ideia, um tanto estereotipada, é necessário que se diga, do ciclo das políticas (*policy cycle*), segundo a qual o processo de produção das políticas pode ser pensado como composto de distintas “fases” ou “etapas”, sendo as principais a formação da agenda, a formulação da política, a implementação e a avaliação. Na prática, contudo, como é bem sabido, nem todas as fases acontecem efetivamente: algumas delas não são claramente delimitadas e em muitos casos elas se sobrepõem. Entretanto, a ideia de ciclo é um instrumento heurístico importante, que auxilia metodologicamente as análises do processo de produção das políticas (KINGDON, 1984; COBB; ELDER, 1971; FUCKS, 2000).

Em relação à “fase” da *implementação*, que é o foco do presente artigo, ela compreende o momento de execução das políticas formuladas anteriormente. Os estudos sobre essa “fase” da política permearam duas principais vertentes explicativas de como se dá o processo de implementação: a visão *top down* e a *bottom-up*. Dessa última visão originaram-se estudos mais aprofundados sobre as burocracias envolvidas nessa fase da política, como o pioneiro estudo de Lipsky (1980) sobre a burocracia de nível de rua.

A perspectiva *bottom-up* (de baixo para cima) considera o processo de implementação da política pública como contínuo e passível de modificações durante as ações dos diversos atores envolvidos, pressupondo que na implementação ocorrem transformações e adaptações da política original, desenhada pelos formuladores, devido a diversas questões, como o jogo político de poderes, a imprecisão de muitas políticas, a heterogeneidade de seus destinatários e a discricionariedade dos agentes executores (LOTTA, 2014). Nesse modelo, os implementadores aparecem como um ator “chave”, responsável por muito mais que uma execução mecânica de

decisões tomadas por seus superiores. Um dos grandes estudiosos desses agentes é Lipsky (1980), que realiza seu estudo considerando os burocratas de nível de rua, que são as burocracias de baixo escalão e que estão, efetivamente, “na rua” implementando a política.

Segundo Lipsky (1980), um *burocrata de nível de rua* é definido com um trabalhador que interage constantemente com os cidadãos no seu processo de trabalho – mesmo estando ele inserido em uma organização ou agência – tendo alto potencial de influência sobre eles e sobre os destinos e impactos da política pública. A maioria desses atores, como, por exemplo, os professores, policiais, agentes sanitários e agentes comunitários de saúde, dotados de distintos graus de discricionariedade, realiza suas tarefas longe de gabinetes e dos altos níveis hierárquicos da gestão pública.

Conforme ressalta Oliveira (2009), “é exatamente esse contato direto com os usuários que permite que esses agentes incorporem às políticas um conjunto de valores ou representações que podem, em última instância, alterar o curso dessas mesmas políticas” (OLIVEIRA, 2009, p. 5). Segundo Lipsky (1980), o conjunto de estratégias que esses agentes vão colocar em prática depende do tipo de demanda que têm, podendo alterar normas e rotinas de acordo com o aprendizado acumulado por eles ao longo do seu tempo de atuação junto à população atendida.

O *burocrata de nível de rua* é reconhecido como um representante do governo que, de certa forma, materializa o Estado junto à comunidade. É ele quem leva a política pública para a população e assume, ao mesmo tempo, um papel de interlocutor entre os dois extremos da política – indivíduos e Estado. Dado esse papel, os burocratas estão inseridos em um cenário de dupla cobrança: por um lado, a cobrança das instituições das quais fazem parte e que são responsáveis pela implementação da política e, por outro, pela população usuária da política, que vê nesses atores um representante e seu interlocutor com o Estado. Dito de outra maneira, eles estão no centro do conflito da política pública (LIPSKY, 1980).

Ainda de acordo com Lipsky (1980), a discricionariedade praticada por esses burocratas de nível de rua torna-se possível em função de três aspectos principais:

- a) Normalmente as suas condições de trabalho não são propensas a um comportamento prático e objetivo;
- b) Frequentemente o cenário de trabalho envolve lidar com outros indivíduos, o que implica atuar em um ambiente de incertezas e de impossibilidade de prever certos efeitos;
- c) Eles têm a capacidade de fazer com que os usuários da política acreditem na sua autoridade e na sua capacidade de prover bem-estar através do seu trabalho.

Os burocratas de nível de rua estão atrelados oficialmente ao desenho da política pública. Entretanto, existem aspectos da ideologia e dos valores desses agentes que são quase impossíveis de serem neutralizados ou substituídos por aqueles prescritos nas diretrizes e definições das políticas, o que faz com que a implementação da política siga rumos um pouco diferentes dos delimitados pelos formuladores.

Todavia, esse não é, necessariamente, um aspecto negativo na implementação, posto que a discricionariedade do burocrata do nível de rua tem o potencial de ampliar os impactos positivos das políticas. Nesse sentido, Lipsky (1980) aponta para a importância de considerar essa burocracia como uma unidade de análise específica, como agentes importantes na construção da política pública, propondo uma problematização das teorias clássicas sobre a burocracia – como a teoria weberiana, por exemplo. Tal discricionariedade é algo central na ação desse burocrata e faz parte da estrutura de trabalho desse agente, sendo as adaptações e simplificações que ele executa frequentemente necessárias à plena consecução do seu papel na política pública.

## **ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA (ESF): OS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE (ACS) COMO IMPLEMENTADORES**

Em 1987 foi implementado no Ceará um programa estadual que incorporava agentes de saúde. Moradores selecionados de 118 municípios do sertão cearense, em sua maioria mulheres, participaram de um treinamento com duração de duas semanas e passaram a trabalhar, por um período de seis a doze meses, desenvolvendo ações básicas de saúde, tais como vacinação,

estímulo ao aleitamento materno e terapias de reidratação via oral. Em 1990 o número de municípios atendidos pelo programa no estado tinha quase duplicado e a cobertura da população tinha médias aproximadas de 80%, contando com 2.095 agentes atendendo quase 300.000 famílias. Os notáveis resultados alcançados, a importância atribuída aos agentes nas comunidades e a experiência relatada em estudos de acompanhamento da política serviram de base para a criação do Programa Nacional de Agentes Comunitários de Saúde (PNACS) pelo Ministério da Saúde, em 1991. Em 1992, o PNACS perdeu a nomenclatura *Nacional* e passou a se chamar Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). No ano seguinte, o PACS estava presente em 13 estados do Norte e Nordeste, e em 1994 já havia se expandido para o Centro-Oeste (Silva e Damaso, 2002).

No mesmo ano o governo federal idealiza o Programa Saúde da Família (PSF) e oficializa a política em 1994, compreendendo uma política de atenção básica de saúde realizada por uma equipe de saúde multidisciplinar. Note-se que o PSF não foi criado com o intuito de substituir o PACS: muito pelo contrário, ambos os programas estão presentes no país e compõem a Estratégia Saúde da Família (ESF).

Na realidade da ESF, os serviços são prestados por uma equipe multiprofissional (médico, enfermeiro e agente comunitário de saúde – ACS), na qual o ACS surge como um “novo ator nacional” na prática de prestação de serviços de saúde. Ao mesmo tempo em que suas atribuições de cuidado são ações básicas de atenção, o ACS é um ator político (promove ações de educação em saúde, orienta as famílias sobre o uso dos serviços de saúde, participa das programações e planejamentos de ações na comunidade, entre outros), sendo também interlocutor entre as famílias atendidas e a equipe de saúde da família, uma vez que ele é o profissional com atribuição primária de visitas às famílias.

Os ACSs são pessoas que residem na comunidade em que trabalham e que passam por uma capacitação ofertada pelos municípios para desempenhar suas atribuições junto às equipes de Saúde de Família. Esse profissional está em constante interação com a população local e com os demais profissionais da Unidade de Saúde de Família (USF) ou Unidade Básica de Saúde (UBS) à qual está vinculado. Os ACSs acompanham as famílias atendidas pela política pública através das visitas domiciliares, tendo acesso direto e pessoal à realidade das famílias. Por intermédio dos relatórios de visita por eles produzidos, assim como por meio de interações face a face, os problemas encontrados são repassados para e discutidos com os demais profissionais da equipe.

Segundo a Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, as responsabilidades dos ACSs são as seguintes:

- a) Adscrição de famílias em base geográfica definida (microárea);
- b) Cadastro e atualização de todas as pessoas de sua microárea;
- c) Orientação das famílias para o uso dos serviços de saúde disponíveis;
- d) Realizar atividades programadas e de atenção à demanda espontânea;
- e) Acompanhar, por meio de visita domiciliar, todas as famílias e indivíduos sob sua responsabilidade. As visitas deverão ser programadas em conjunto com a equipe, considerando os critérios de risco e vulnerabilidade de modo que famílias com maior necessidade sejam visitadas mais vezes, mantendo como referência a média de uma visita/família/mês;
- f) Desenvolver ações em prol da integração entre a equipe de saúde e a população adscrita à UBS, considerando as características e as finalidades do trabalho de acompanhamento dessa população;
- g) Desenvolver atividades de promoção da saúde, de prevenção das doenças e agravos e de vigilância à saúde, por meio de visitas domiciliares e de ações educativas individuais e coletivas nos domicílios e na comunidade, mantendo a equipe informada, principalmente a respeito das situações de risco;
- h) Estar em contato permanente com as famílias, desenvolvendo ações educativas, visando à promoção da saúde, à prevenção das doenças, e ao acompanhamento das pessoas com problemas de saúde, bem como ao acompanhamento das condicionalidades do Programa Bolsa Família ou de qualquer outro programa similar de transferência de

renda e enfrentamento de vulnerabilidades implantado pelos governos federal, estadual e municipal, de acordo com o planejamento da equipe; e

- i) Ocorrendo situação de surtos e epidemias, executar, em conjunto com o agente de endemias, ações de controle de doenças, utilizando as medidas de controle adequadas, manejo ambiental e outras ações de manejo integrado de vetores, de acordo com decisão da gestão municipal.

Ainda de acordo com as definições da Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, é possível notar que algumas atividades apresentam um alto nível de discricionariedade, principalmente a ação de visita domiciliar e as práticas de promoção, educação e prevenção em saúde, tendo grande importância a formação prévia e/ou a capacitação continuada para o desempenho dessas atividades.

Ao considerar a atuação do ACS como burocrata de nível de rua, Queirós e Lima afirmam que:

ao fazer interlocução com a comunidade, como parte do serviço, o ACS é visto como braço do governo na comunidade, ora em atitude de solidariedade, ora como facilitador da cidadania. Quando ocorre o inverso, ou seja, quando o ACS representa a comunidade em seu serviço, há também muitos conflitos: ora ele é um articulador dos problemas e soluções, ora é visto como tensionador das reivindicações populares (QUEIRÓS; LIMA, 2012, p. 268).

O trabalho de Lotta (2008) corrobora a discussão sobre o papel implementador do ACS ao buscar compreender a interação entre os atores envolvidos no processo de implementação do PSF, problematizando o papel dos ACSs como mediadores e como construtores da política. De acordo com a autora:

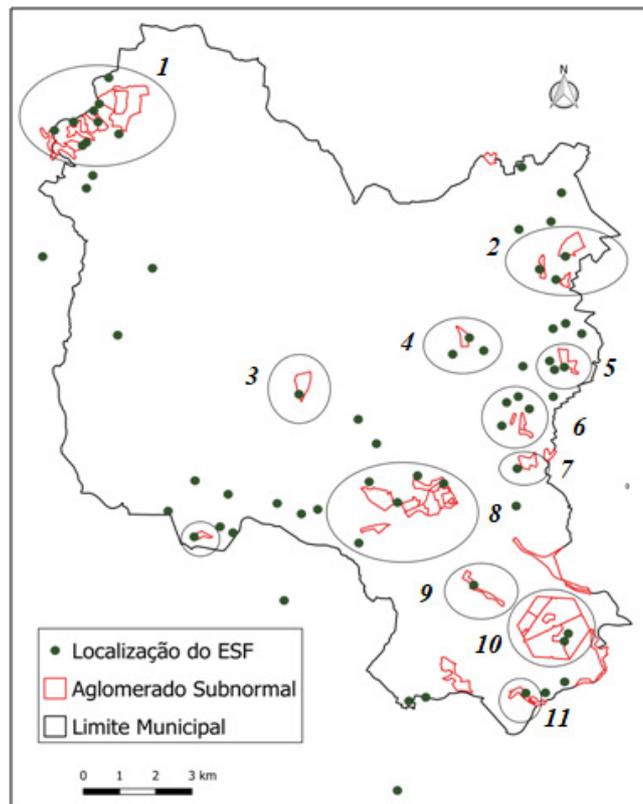
os agentes comunitários de saúde trazem uma questão ainda mais interessante às análises, na medida em que, além de estabelecerem contato direto e cotidiano entre o Estado e os usuários da saúde, são selecionados dentro da comunidade onde atuarão. Desta forma, na medida em que estes burocratas implementadores convivem dentro da comunidade, a forma como implementam a política pública é diretamente influenciada pelas relações e dinâmicas que estabelecem dentro do território onde moram e trabalham. (LOTTA, 2008, p. 3).

## **METODOLOGIA**

O estudo foi realizado no município de Contagem, Minas Gerais, que faz parte da Região Metropolitana de Belo Horizonte e é o terceiro mais populoso do estado (população estimada em 2020, segundo o IBGE: 669.949). Primeiramente, buscamos identificar a distribuição dos Aglomerados e das UBSs com ESF implementadas no município. As informações sobre a localização dos aglomerados foram coletadas na plataforma do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e os endereços das UBS foram solicitados junto à Superintendência de Atenção à Saúde (SAS) da Secretaria Municipal de Saúde de Contagem. Esse mapeamento foi realizado através de um estudo de georreferenciamento de dados através do *software* Arcgis, no qual foi feita a sobreposição das duas malhas geográficas para identificar quais aglomerados tinham UBS com ESF.

Conforme a Figura 1, o município de Contagem apresentava, no ano de 2010, 11 aglomerados com ESF implementadas no seu entorno ou interior. Fizemos contato com todas essas unidades de saúde para apresentar a proposta de pesquisa e identificar o interesse da unidade em participar da investigação, sendo que algumas não atenderam e nem responderam o contato via e-mail. Apenas 2 UBS, dentre aquelas com que fizemos contato, deram retorno positivo para a sua participação na pesquisa, a UBS A e a UBS B, possibilitando a realização de um estudo comparativo entre as atuações dos ACSs dessas unidades.

**Figura 1 – Distribuição dos aglomerados e das Unidades de Saúde da Família em Contagem – 2010**



Fonte: Elaboração própria, com dados extraídos do IBGE (2010) e SAS (2016).

A UBS A conta com duas equipes de Saúde da Família e cada uma delas tem um médico, dois enfermeiros, dois técnicos de enfermagem; uma equipe tem três ACSs e a outra quatro ACSs, somando juntas sete ACSs. A UBS B tem três equipes, sendo que cada uma tem uma composição diferente: a primeira equipe tem um médico, dois técnicos de enfermagem e dois ACSs; a segunda equipe tem um médico, um enfermeiro, um técnico de enfermagem e dois ACSs; e a terceira equipe tem um médico, um enfermeiro, dois técnicos de enfermagem e três ACSs, o que também dá um total de sete ACSs. Estes dois estabelecimentos de Contagem são UBS que, além da atenção prestada pelas equipes de saúde, ainda realizam pronto atendimento. Em ambos a função de ACS é realizada exclusivamente por mulheres.

Em um primeiro momento, pretendia-se realizar entrevistas com as ACSs, acompanhá-las na sua rotina de visitas domiciliares e conversar com as famílias atendidas, para que fosse possível construir uma visão o mais ampla possível sobre a relação existente entre o ACS e as famílias. Entretanto, o município de Contagem não proporcionou abertura para a realização dessa ação, sob a justificativa de proteção das informações de saúde e da privacidade das famílias. Ademais, alguns profissionais das equipes deixaram transparecer a preocupação quanto à segurança durante a pesquisa de campo, uma vez que a população poderia não entender o trabalho, havendo também a possibilidade de as famílias se sentirem incomodadas com a invasão de sua privacidade.

Sendo assim, nossas considerações acerca dos aspectos relacionais do trabalho dos ACSs estão baseadas apenas nas entrevistas realizadas com essas profissionais. Dada tal situação, foi realizada uma visita a cada uma das duas UBS de Contagem selecionadas e feitas entrevistas

com as ACSs que se disponibilizaram a participar da pesquisa: seis (de sete) ACSs na UBS A (81,75% do total) e quatro (de sete) ACSs na UBS B (57,14%).

As entrevistas consistiam em perguntas que objetivaram coletar informações referentes ao ambiente interno das equipes, à relação com as famílias e à formação das agentes. A pesquisa considera três cenários capazes de influenciar as ações do profissional ACS, quais sejam: o ambiente interno da equipe de saúde, o ambiente externo de interação com as famílias e a formação oferecida às ACSs. O pressuposto norteador é de que as diferenças nesses cenários geram diferentes modelagens de ações dos ACSs e, por conseguinte, diferentes implementações da ESF.

## RESULTADOS

Considerando a formação e capacitação das ACSs, as entrevistas apontaram que, nos casos em questão, existe um déficit de capacitação prévia desse profissional. Apenas uma ACS de cada UBS fez o curso introdutório ao trabalho do ACS oferecido pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), curso que foi feito apenas parcialmente (apenas um módulo dos quatro existentes na capacitação). De acordo com as ACSs entrevistadas, o curso tinha material de apoio e estrutura oferecidos pela UFMG, mas foi realizado em Contagem e ministrado por profissionais contratados pelo município. Nenhuma das agentes ou coordenador responsável pela equipe soube informar por que não foi ofertada a capacitação completa, nem o nome do material usado na capacitação. Nenhuma delas dispunha ainda do material utilizado.

As demais profissionais entrevistadas não tiveram nenhuma capacitação e tudo que aprenderam foi com a própria rotina de cuidado com as famílias e com os esclarecimentos prestados pelos médicos, enfermeiros e outros ACSs. Essa falta de formação dos ACSs antes de assumir o cargo demandou dos profissionais certo “jogo de cintura” para poder realizar todas as funções determinadas. Conforme brinca uma ACS da UBS A: *“a gente se vira totalmente nem é nos 30 é nos 20 mesmo”* (ACS 5/UBS A). Mas nem todas as entrevistadas veem essa falta de formação como algo negativo na estrutura da política, considerando essas adaptações às tarefas como parte do trabalho do Agente, conforme é possível perceber na declaração de uma ACS da UBS B:

“no início tudo é difícil né? Acho que em qualquer profissão no início é difícil e depois a gente vai aprendendo. A gente sabe que, igual eu no meu caso, eu aprendi que o SUS trabalha com preventivo, com a prevenção. Então, as visitas são mais preventivas. Então, aqueles que já tão em tratamento de saúde também com o tempo a gente vai aprendendo a lidar com a situação. Você sabe que tá ali para ajudar nas visitas, ajudando no possível, trazendo informações porque é uma equipe, né? O ACS, enfermeiro e o médico.” (ACS 1/UBS B).

A carência de capacitação prévia das ACSs apareceu nas entrevistas como um fator de influência na construção das práticas de trabalho dessas profissionais, pois muitas alegaram não ter um conhecimento mínimo sobre cuidado em saúde ao iniciarem seu trabalho como agentes. Entretanto, essa falta de formação não foi considerada um fator limitante ou que justificasse a realização de um trabalho ruim. Pelo contrário, as agentes se uniram como forma de apoiar o trabalho uma da outra, de buscar alternativas de cuidado que suprissem as necessidades básicas das famílias e que pudessem oferecer um atendimento de qualidade. Elas buscaram auxílio com as agentes mais experientes e com os demais profissionais da equipe, principalmente as enfermeiras.

Essa articulação para se adequar à realidade do trabalho é um ponto importante que demonstra o engajamento dessas profissionais com a efetivação da política e é um dos fatores que contribuem para as diferentes formas de cuidado prestado, uma vez que a ACS é quem “busca” o conhecimento para construir suas ações de cuidado com as famílias, refletindo, também assim, a discricionariedade desse profissional.

Nesse cenário de adaptações e modelagens ocorrem altos níveis de discricionariedade e diferentes ofertas de serviços finais por parte dos agentes, sendo que algumas ACSs consideram

essa rotina como algo intrínseco ao ofício, ao passo que outras sentem dificuldade em lidar com essa situação. No que tange às atividades realizadas pelas ACSs, as entrevistas efetuadas com as profissionais nas duas UBS apontaram diversidade de ações e alguns pontos em comum, conforme sintetiza a Tabela 1.

**Tabela 1 – Atividades desenvolvidas pelas Agentes Comunitárias de Saúde, nas Unidades de Saúde da Família A e B, em Contagem**

UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE (UBS)		
	UBS A	UBS B
<b>ATIVIDADES</b>	a) Visita domiciliar b) Manutenção do Cadastro Familiar c) Marcação de consultas d) Cuidado continuado de saúde (realizam troca de curativos, visitas domiciliares para dar medicamento na hora certa) e) Atendimento na recepção da USF f) Auxílio às enfermeiras e médicos durante as consultas	a) Visita domiciliar b) Manutenção do Cadastro Familiar c) Marcação de consultas d) Cuidado continuado de saúde e) Práticas de prevenção de agravos e doenças

Fonte: Dados da pesquisa. Elaboração própria

Na UBS A, as ACSs apontaram atividades de manutenção do cadastro, marcação de consulta, cuidado continuado de saúde (realizando trocas de curativos, indo nas casas para dar remédios na hora certa), atendimento na recepção da Unidade e auxílio às enfermeiras e médicos durante as consultas. Tais atividades contemplam um conjunto vasto de ações dentro da Unidade de Saúde da Família e com as famílias atendidas. De acordo com uma ACS dessa Unidade:

na verdade tem aquela imagem do ACS onde? No campo, né, na área. Só que não, (aqui na UBS) a gente tem muita coisa interna. Eu falo que o ACS faz de tudo um pouquinho, né? Ele é um pouco de porteiro, um pouco do administrativo, é um pouquinho até do médico... é um apanhado de cada um (ACS 2/UBS A).

Assim como na UBS A, as agentes da UBS B também declararam realizar atividades de manutenção do cadastro, marcação de consulta, cuidado continuado de saúde e prevenção de doenças e agravos.

Quando analisamos a relação das agentes com as famílias atendidas, uma questão interessante é o fato de que, em Contagem, mesmo com as duas Unidades de Saúde da Família estando localizadas em aglomerados, as ações dos ACSs e o reconhecimento da população diante do trabalho desses profissionais não são idênticas nas duas UBSs. Na Unidade B, as agentes comunitárias de saúde têm uma abertura muito maior para adentrar na casa das famílias, o que, por conseguinte, dá espaço para a ACS realizar ações mais abrangentes do que apenas cuidados pontuais.

Contudo, a facilidade para a entrada das ACSs na rotina familiar não foi apresentada como algo prevalecente na realidade de trabalho na UBS A. De acordo com um relato:

algumas famílias não querem assinar os prontuários, outras a gente chega e já falam: - que é que você quer? E tem umas que não te dão

entrada e fala: - tá tudo bem por aqui, tá tudo tranquilo, e não te deixa entrar na casa. (ACS 2/UBS A)

Algumas atividades relatadas contemplam ações de responsabilidade do técnico ou auxiliar de enfermagem, como troca de curativos, por exemplo. Outras ações se misturam às obrigações dos familiares de algum paciente doente. Uma das agentes declarou que:

eu já tive uma experiência, eu já passei por isso, acho que outras também. Um paciente que estava com tuberculose eu tive que ir lá de manhã e de tarde para dar medicamento para ele porque a família não dava e não podia interromper o tratamento. (ACS 3/UBS A)

Outra situação apresentada foi a de procurar o paciente para tomar remédio em outros locais que não a sua residência, pois ele não cumpria as dosagens prescritas: “já vem essa mulher atrás de mim! E eu tive que ir atrás dele em bar, aí eu chegava no bar e ele não tava lá e o povo falava: ele já saiu, foi para tal lugar. Aí lá fui eu para outro bar”. (ACS 1/UBS A).

Mesmo existindo algumas atividades comuns entre as UBSs, na UBS A não há muito espaço para conhecer a realidade dos domicílios e tampouco há espaço para que as ACSs possam dialogar regularmente com as famílias a respeito de melhorias e alterações da rotina para a promoção da saúde, devido à pouca abertura entre as famílias e as agentes. Esse certo distanciamento entre as ACSs e as famílias atendidas tem como uma de suas justificativas o fato de as famílias não quererem que um representante do Estado saiba de tudo que acontece dentro da sua casa. Na UBS A foram narradas situações de medo, como no exemplo a seguir:

às vezes a situação fica constrangedora pra gente (em casos de pessoas novas que aparecem na família atendida), como já ficou para uma colega de trabalho da gente aqui. Fica perigoso porque teve uma vez que eu falei que não morava, aí a pessoa da casa falou: ah não moro? Assim, eu vou chamar o Fulano para poder vir para falar com você (em tom ameaçador). (ACS 2/UBS A).

Na UBS B, as ACSs relataram também, mas em pouquíssimos casos, histórias de famílias que têm receio de passar certas informações, assinar o prontuário e deixar o ACS entrar na casa.

Segundo uma ACS da UBS B entrevistada, durante uma visita é observada toda a casa e a relação entre os familiares, para que se tenha o máximo de insumos para auxiliar o médico e a enfermeira no cuidado prestado. Em uma das colocações, a ACS tentou exemplificar essa ação:

Tem a criança, por exemplo, que tem uma crise de bronquite frequente. Então você vai na casa e conhece. Aí você consegue, aí você começa a ver que a casa tá mofada, que não tem ventilação. Então assim, fica mais fácil para o médico que tá atendendo saber do tratamento porque eles (médico) conhecem o paciente. Aqui a gente (ACS) tá dentro da casa. (ACS 2/UBS B)

Na UBS B o manejo durante as visitas contempla também, eventualmente, ponderações e adaptações das orientações médicas para a realidade do paciente. Em uma das histórias contadas, a ACS demonstra que a situação econômica da localidade dificulta a adequada atenção a algumas orientações médicas para o cuidado de pacientes com certas doenças. Nessa declaração, a agente conta o caso de um paciente com diabetes:

igual eu vou te dar um exemplo, o caso de um diabético. Aí eu falo é da sua alimentação, aí o que que é pior? Você falar com diabético que ele não pode comer o pão porque é massa e ele comeu um macarrão, aí ele vai passar fome e a glicemia dele vai lá embaixo. Então, o que que é pior? A pessoa comer um pão de manhã? Como é que você vai

pedir para uma pessoa que não tem condições de fazer uma dieta? Aí você já entra naquela do que que pode ser feito. É um desafio. (ACS 2/UBS B).

De acordo com as ACSs entrevistadas da UBS B, elas fazem o possível e o impossível para poder demonstrar para as famílias a importância das visitas que realizam. Além disso, dão um espaço para que as famílias se sintam à vontade para receber o serviço prestado. Elas afirmaram que, com o tempo, as famílias acabam aceitando a ACS e a política de cuidado proposta pelo PSF. Além disso, declararam que existe um acordo mútuo, estabelecido tacitamente, de não divulgação às entidades oficiais de certas realidades que o ACS vai encontrar no interior das casas e da família. Por exemplo, se tem alguma família em que um dos membros pratica o tráfico de drogas, a ACS não vai denunciar o caso para a polícia. Ou seja, na UBS B foi possível estabelecer uma relação de confiança maior do que a estabelecida com as famílias na unidade da UBS A, através do manejo de práticas de aproximação às famílias (como, por exemplo, adaptação dos termos médicos, respeito pelo tempo de aceitação das famílias para abertura das suas casas para as visitas, discrição quanto ao reconhecimento de práticas ilegais em algumas moradias e demonstração de interesse pela realidade familiar) que, com o decorrer do tempo, aumentaram a receptividade dessas famílias.

Além disso, durante as entrevistas na UBS B, as agentes comunitárias de saúde contaram situações rotineiras nas quais, ao conhecer a realidade das famílias, sabem qual família está precisando de uma cama, qual família está com problemas para ter água filtrada e não tem um filtro em casa, entre outras necessidades. Então as agentes se organizam e vão sempre procurando alguém que possa ter uma cama para doar, organizam rifas para poder arrecadar dinheiro e ajudar alguma família que esteja precisando muito. Na realidade da UBS B existe todo um envolvimento e empenho extraordinário das ACSs, para além da simples visita domiciliar. As ACSs também indicam famílias para a Casa da Família, que é um programa de acolhimento social existente no bairro, apenas com o intuito de auxiliar a família a se reerguer e ter melhores condições pessoais.

Em ambas as UBS de Contagem apareceram, junto às falas sobre as atividades realizadas e a criação de vínculos com as famílias, a questão de que o ACS atua 24 horas por dia. Segundo uma das entrevistadas da UBS A:

Aqui tem muita confusão... é assim: tem gente que vai na sua casa te procura em dia de folga. Igual você tá na mercearia, eu fui na mercearia final de semana e eles me perguntando se marquei a consulta. Eu não posso tá de férias, eu não posso sair na rua. Às vezes batem na casa da gente “ó leva minha receita que eu não vou poder”. Assim, é um vínculo que é bacana, mas é um vínculo que eles não têm noção... educação, é questão de educação mesmo (ACS 2/UBS A).

Essa problemática da jornada estendida de trabalho do ACS é discutida também por Jardim e Lancman (2009), que apontam as situações delicadas e de infortúnio pelas quais os agentes passam. Em um primeiro momento, essa recorrência poderia ser considerada um ponto negativo da criação de vínculos dos ACSs com as famílias, por se cansarem ou aborrecerem com a solicitação constante de serviços, mesmo fora do horário de trabalho. Entretanto, conforme a declaração apresentada anteriormente e de acordo com outras colocações das agentes da UBS B, essa é uma situação intrínseca à atuação do agente, é algo que cansa o profissional, mas não tem como ser de outro modo, posto que existe uma associação do ACS à extensão da Unidade de Saúde. Em alguma medida, o indivíduo vira a profissão que exerce.

Por fim, as entrevistas buscaram também questionar as relações que os ACSs estabelecem com os demais profissionais da equipe e a “credibilidade” desse profissional na prestação de cuidado às famílias. A Tabela 2 apresenta de forma resumida as situações relacionais encontradas nas duas UBSs do município de Contagem que analisamos.

**Tabela 2 – Relação das Agentes Comunitárias de Saúde com as famílias atendidas e com os demais profissionais da equipe nas Unidades de Saúde da Família de Contagem, MG.**

<b>CONTAGEM</b>			
		UBS A	UBS B
<b>CENÁRIO EXTERNO</b>	Relação com as famílias atendidas	Pouca abertura das famílias	Muita abertura das famílias e “adentramento” das ACSs nas casas e na realidade das famílias atendidas (criação de vínculo profissional e de amizade/cumplicidade entre as Agentes e os membros da família)
<b>CENÁRIO INTERNO</b>	Relação com os demais profissionais da equipe	Problemas com reconhecimento e credibilidade do trabalho por parte dos outros profissionais e pouca “voz ativa” em relação aos outros profissionais e no desenvolvimento dos cuidados de saúde	Credibilidade e reconhecimento do trabalho por parte dos outros profissionais, ajuda mútua e “voz ativa” no desenvolvimento dos cuidados de saúde

Fonte: Dados da pesquisa. Elaboração própria

Conforme relatos, as ACSs que declararam ter melhores relações e “voz ativa” na rotina da ESF foram da UBS B, em Contagem, Unidade que também apresentou maior vínculo entre as famílias e as ACSs. De acordo com o relato de uma das agentes,

mas a gente tem credibilidade, a gente tem crédito. Eu chego com um caso para a enfermeira, falo o que tá assim assim assim, aí ela não vai discutir se o paciente precisa ou não de visita, ela vai (ACS 3/UBS B).

De acordo com as ACSs da UBS B, existe um respeito mútuo entre os profissionais e cada um entende a importância da contribuição individual para o trabalho final da equipe. Segundo relato, “a relação aqui da equipe é super tranquila. A gente se reconhece como profissional, tem o respeito um com o outro, todo mundo aqui trabalha direitinho, um respeitando o outro” (ACS 2/UBS B). De acordo com as ACSs, mesmo não tendo encontros frequentes das equipes para conversar sobre as atividades e os casos que estão atendendo, elas têm espaço para procurar os demais profissionais quando precisam. Conforme uma declaração, “a gente não tem reunião, mas tem abertura” (ACS 2/UBS B).

Entretanto, ainda existe uma vontade de que as equipes sejam mais unidas, realizando reuniões com mais frequência, discutindo a realidade das famílias com toda a equipe reunida. Para uma ACS, “*mas se tivesse reuniões a gente ia crescer muito mais como equipe, assim a gente trabalha junto, mas precisaria de um tempo a mais como equipe*” (ACS 2/UBS B). A realidade da rotina de trabalho ainda é de conversas particulares e de procura pelo enfermeiro ou médico quando surge alguma dúvida: “no meu caso, eu vou na sala da enfermeira e: preciso conversar com você. Aí passo para ela” (ACS 1/UBS B). Para outra ACS, “o diálogo é tranquilo, mas acho que a gente poderia se organizar melhor em questão de reunião para a gente passar” (ACS 3/UBS B).

Na UBS A, a realidade é diferente e uma ACS declarou que “a gente tem o livre arbítrio né? Para falar o que a gente pensa. Agora se vai ser acatado ou não, aí já são outros quinhentos” (ACS 4/UBS A). Além dessa colocação, apareceram relatos que deixaram transparecer a insatisfação quanto ao reconhecimento do montante de trabalho realizado pelo ACS. De acordo com um depoimento:

você há de convir com a gente que assim, ACS é o que mais pega. Você vai na casa de fulano e você tem que escutar tudo, todos os

problemas de 190 famílias... sua cabeça fica desse tamanho. Eu acho que a gente tá um pouco desvalorizado mesmo (ACS 2/UBS A).

Em relação à tarefa de construir vínculos com as famílias, os discursos apontam a influência da abertura das famílias para o trabalho realizado pelas ACSs e como as profissionais utilizam “jeitinhos” para se aproximarem. Apontam ainda que, quanto mais tempo as ACSs estão cuidando das famílias, maiores os vínculos construídos. Essa construção de vínculos ao longo do tempo demonstra o processo de consolidação da confiança entre as famílias e as ACSs, sendo possível notar casos em que as profissionais se dedicam a encontrar as melhores maneiras de abordar e lidar com as famílias. Essa preocupação ocorre principalmente com as ACSs da UBS B entrevistadas, o que de certa forma justifica a abertura muito maior que essas profissionais têm com as famílias e as diferenças das práticas realizadas – todas as ACSs declararam adaptar os termos e orientações médicas para uma linguagem mais próxima do cotidiano das famílias.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

O ACS é o elo principal entre a política pública e a comunidade assistida, sendo ele um representante do Estado e, ao mesmo tempo, um membro da comunidade na qual realiza suas atividades.

O papel desse profissional na reconfiguração da assistência básica ofertada pelo SUS se dá, prioritariamente, pela sua função de acompanhar as famílias através de visitas domiciliares, realizando ações de promoção e prevenção à saúde, e de levar até os demais profissionais da equipe a realidade das famílias atendidas. Em sua prática cotidiana, o ACS acaba por reconfigurar ou dissolver muitos obstáculos que podem existir entre médicos e pacientes – como, por exemplo, auxiliando em tratamentos, levando ao médico a realidade familiar e de saúde dos pacientes, o que pode mudar o padrão de comunicação e contribuir para um maior vínculo entre a população e os médicos de saúde da família.

A pesquisa realizada no município de Contagem/MG demonstrou que as práticas desses agentes sofrem forte influência da relação que constroem com as famílias e que, em muitos casos, o cuidado realizado por esses ACSs extrapola os cuidados básicos de saúde. Muitas vezes esses profissionais, como ficou evidenciado pelas entrevistas com as ACSs da UBS B, passam a fazer parte da rotina familiar, como, por exemplo, quando dão conselhos, ajudam na recuperação de problemas psicológicos e tornam-se referência pessoal para muitos adolescentes.

Porém, há evidências de que, no município de Contagem, tal relevância profissional dos ACSs no cuidado primário não recebe a devida atenção por parte das esferas governamentais. Uma das evidências é a formação do ACS. Como visto, nossas entrevistas mostraram a falta de capacitação profissional, tanto antes de assumir o cargo de agente quanto depois, dada a ausência de formação continuada para esse profissional. Por fim, cabe ressaltarmos que, de uma maneira geral, o presente artigo reforça e expande o que tem sido apontado por diversas outras investigações, ou seja, que os ACSs são atores criativos e fundamentais para a bem-sucedida implementação da ESF.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ARRETCHE, Marta Tereza da Silva. Uma contribuição para fazermos avaliações menos ingênuas. In: BARREIRA, M. C. R. N.; CARVALHO, M. C. B. (Org.). *Tendências e perspectivas na avaliação de políticas e programas sociais*. São Paulo: IEE/PUC-SP, 2001. p. 44-55.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011*. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília, DF, 2011. Disponível em: <[http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488\\_21\\_10\\_2011.html](http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html)>. Acesso em: 5 nov. 2016.

- COBB, Roger W; ELDER, Charles D. The Politics of Agenda-Building: An Alternative Perspective for Modern Democratic Theory. *Journal of Politics*, v. 33, n. 4, nov. 1971.
- FARIA, Carlos Aurélio Pimenta de (Org.). *Implementação de políticas públicas: teoria e prática*. Belo Horizonte: Ed. PUC Minas. 2012.
- FUCKS, Mario. Definição de Agenda, Debate Público e Problemas Sociais: Uma Perspectiva Argumentativa da Dinâmica do Conflito Social. *BIB – Revista Brasileira de Informação Bibliográfica em Ciências Sociais*, Rio de Janeiro, n. 49, p. 79-94, 2000.
- HAM, Christopher; HILL Michael. *The policy process in the modern capitalist state*. Londres, 1993.
- JARDIM, Tatiana de Andrade; LANCMAN, Selma. Aspectos subjetivos do morar e trabalhar na mesma comunidade: a realidade vivenciada pelo agente comunitário de saúde. *Interface*, Botucatu [online], v. 13, n. 28, p. 123-135, 2009.
- KINGDON, John. *Agendas, Alternatives, and Public Policies*. New York: Harper Collins, 1984.
- LIPSKY, Michael. *Street-Level Bureaucracy: Dilemmas of the Individual*. Nova York: Russell Sage Foundation, 1980.
- LOTTA, Gabriela Spanghero. Agentes de implementação: um olhar para as políticas públicas. In: ENCONTRO DA ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE CIÊNCIA POLÍTICA, 6., 2008, Campinas. Disponível em: <<https://gabrielaslotta.files.wordpress.com/2012/09/artigo-abcp.pdf>>. Acesso em: 19 maio 2015.
- LOTTA, Gabriela Spanghero. Agentes de implementação: uma forma de análise de políticas públicas. *Cadernos Gestão Pública e Cidadania*, São Paulo, v.19, n. 65, p. 188 - 208, jul./dez. 2014. Disponível em: <<http://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/cgpc/article/view/10870/40890>>. Acesso em: maio 2015.
- OLIVEIRA, Breynner Ricardo de. Street Level Bureaucracy e implementação de políticas públicas: uma revisão da literatura aplicada ao Programa Bolsa-Família em Belo Horizonte (MG). In: CONGRESSO ONLINE DE ADMINISTRAÇÃO, ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA (CONVIBRA), 6., 2009, São Paulo. Anais... São Paulo: CONVIBRA, 2009. p. 1-18. Disponível em: <[http://www.convibra.org/2009/artigos/144\\_0.pdf](http://www.convibra.org/2009/artigos/144_0.pdf)>. Acesso em: 15 mar. 2016.
- QUEIRÓS, Agleildes Arichele Leal de; LIMA, Luci Praciano. A institucionalização do trabalho do agente comunitário de saúde. *Trabalho, Educação e Saúde*, Rio de Janeiro, v. 10 n. 2, p. 257-281, jul./out.2012. Disponível em: <[dP://www.scielo.br/pdf/tes/v10n2/05.pdf](http://www.scielo.br/pdf/tes/v10n2/05.pdf)>. Acesso em: 16 abr. 2016. Acesso em: 3 mar. 2016.
- SAETREN, H. Implementing the third generation research paradigm in policy implementation research: an empirical assessment. *Public Policy and Administration*, v. 29, n. 2, p. 84-105, 2014.
- SCHMIDT, Maria Luisa Sandoval; NEVES, Tatiana Freitas Stockler das. O trabalho do agente comunitário de saúde e a política de atenção básica em São Paulo, Brasil. *Caderno de Psicologia Social do Trabalho*, São Paulo, v. 13, n. 2, p. 225-240, set. 2010. Disponível em <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-37172010000200006&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-37172010000200006&lng=pt&nrm=iso)>. Acessos em: 9 jan. 2020.
- SILVA, Joana Azevedo; DALMASO, Ana Sílvia Whitaker. *Agente Comunitário de Saúde: o ser, o saber, o fazer*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2002.

## NOTA EXPLICATIVA

- <sup>1</sup> Resultado da pesquisa de Dissertação de Mestrado, financiada pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Minas Gerais (FAPEMIG).

Recebido em janeiro de 2022  
Aprovado em fevereiro de 2022